



Info_Dienst

für Gesundheitsförderung

Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

1|19

„POLITIK MACHT GESUNDHEIT“

Kongress Armut und Gesundheit 2019



In dieser Ausgabe

Editorial	2
POLITIK MACHT GESUNDHEIT Eröffnung des Kongresses Armut und Gesundheit 2019	4
HiAP – Ein Ansatz, der quer bürstet Im Gespräch zum Health in All Policies-Ansatz	6
Warum ändert sich nichts? Keynote von Prof. Dr. Stefan Sell	8
Gesundheit als humanistisches Anliegen Keynote von Prof. Dr. Thomas Gerlinger	10
Was wirkt? Blicke über den Tellerrand der Gesundheitsförderung	12
Orte der Begegnung in ländlichen Räumen Die Satellitentagung 2019 „Land in Sicht II“	14
Ohne Druck kein Ruck Wie kann Public Health mehr politischen Einfluss gewinnen?	16
Auf dem Weg zu einer Public Health-Strategie Das Zukunftsforum Public Health	17
Deutschlands Engagement in globaler Gesundheit Was kann Wissenschaft beitragen?	18
Der 7. Altenbericht und die Mühen der Ebene Kommunale Verantwortung und Mitbestimmung	20
Ordnungspolitik in All Policies?! Der Zugang von Menschen ohne Papiere zur medizinischen Versorgung	22
Klima und Gesundheit Erstmals im Rahmen zweier Panels behandelt	23
Recht auf Gesundheit für Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation Forderungen der BAG W zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung	24
Abschaffung des Paragraphen 219a Gemeinsames Statement	26
Wissenschaft verlässt den Elfenbeinturm Erster studentischer Science Slam	27
Impressum	28

| Editorial

„Keine Sau interessiert sich für Gesundheit“ war der Titel des Beitrages von Prof. Dr. Ansgar Gerhardus auf der Abschlussveranstaltung des Kongresses Armut und Gesundheit 2018. Er hatte damals – über eine Google-Recherche – acht Themen wie Armut, Diesel, Klimawandel oder Wohnen über zehn Wochen hinweg verfolgt und gezeigt, dass diese in der Berichterstattung nicht oder kaum mit Gesundheit assoziiert wurden. Ansgar Gerhardus hatte daraufhin spezifiziert, dass sich niemand für bevölkerungsbezogene Gesundheit interessiere. Warum ist es weiterhin so schwer, das Thema der bevölkerungsbezogenen Gesundheit zu etablieren, auch im politischen Raum?

Das Motto des diesjährigen Kongresses „POLITIK MACHT GESUNDHEIT“ sollte dazu anregen, diese Frage weiter zu diskutieren und dabei auch die politischen Gestaltungsspielräume und Verantwortlichkeiten in den Blick zu nehmen. Das Motto hatte daher bewusst zwei Lesarten: Zum einen wollten wir verdeutlichen, dass Gesundheit immer auch eine Frage des politischen Willens ist, zum anderen, dass Politik ein ständiges Ringen um Macht zwischen konkurrierenden Interessen darstellt.

Insgesamt diskutierten in diesem Jahr in 128 Veranstaltungen 2.300 Teilnehmende. Ca. 600 von ihnen gestalteten als Referierende und Moderierende den Kongress aktiv mit. Diese Ausgabe des Info_Dienstes bildet einen Teil der Diskussionen des Kongresses ab.

Gleich im Rahmen der zentralen Eröffnungsveranstaltung formulierte Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (vgl. Seite 4-5) Eckpunkte einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik: die 30-Stunden-Woche bei Vollbeschäftigung, ein sozialer Arbeitsmarkt, der diesen Namen verdient, eine Kindergrundsicherung, armutsfeste Renten usw.

Frau Prof. Dr. Köckler betonte „Im Gespräch“ (vgl. Seite 6-7) noch einmal, dass alle Public Healthler ihre Komfortzone verlassen sollten, um sich mit anderen Politikfeldern so intensiv zu beschäftigen, dass die Mechanismen und Funktionsweisen verstanden werden. Sie unterstrich, dass der Health in All Policies-Ansatz hierfür eine gute Grundlage biete.

Prof. Dr. Stefan Sell (vgl. Seite 8-9) betrachtete in seiner Keynote Armut und Ungleichheit vor allem vor dem Hintergrund von Erwerbsarbeit und Arbeitslosigkeit: Dabei kritisierte er zum einen die zunehmende Individualisie-

nung, Personalisierung und Moralisierung von Arbeitslosigkeit und Armut. Zum anderen problematisierte er die Nichtrepräsentation der unteren Einkommensgruppen im politischen Kontext. Seinen Beitrag finden Sie – in Auszügen – ebenso wie den Beitrag von Prof. Dr. Thomas Gerlinger (vgl. Seite 10-11) und vielen anderen im vorliegenden Info_Dienst.

Auf unserer überarbeiteten Website finden Sie unter www.armut-und-gesundheit.de/ueber-den-kongress/dokumentation-2019 weitere Präsentationen und Beiträge zur Veranstaltung. Zudem möchten wir Sie einladen, uns auf Twitter zu folgen und gemeinsam mit uns weiter zu diskutieren: https://twitter.com/Kongress_AuG.

Auch dürfen Sie sich schon einmal den neuen Kongress-Termin im Kalender notieren. Der 25. Kongress Armut und Gesundheit findet vom 8. bis 10. März 2020 an der Technischen Universität in Berlin statt. Wir halten fest am Motto „POLITIK MACHT GESUNDHEIT“, nehmen jedoch die zeitliche Nähe zum Weltfrauentag am 8. März 2020 zum Anlass, auch genderrelevante Fragestellungen in die Debatten hineinzuweben. Die Vorbereitungen hierzu laufen bereits auf Hochtouren.

*Wir sind da und freuen uns auf Sie!
Das Kongress-Team*



Blick in den Lichthof der TU Berlin, Kongress Armut und Gesundheit 2019

Carola Gold-Preis 2019 geht an Karoline Schubert und Claus Weth



Am 14. März 2019 wurde der diesjährige Carola Gold-Preis 2019 verliehen. Dr. Karoline Schubert (links, mit Laudator Stephan Koesling) und Dr. Claus Weth (rechts, mit Laudatorin Gertrud Wietholt) wurden für ihren beispielhaften Einsatz für mehr gesundheitliche Chancengleichheit ausgezeichnet. Wir gratulieren herzlich!

Einen Bericht zur Preisverleihung finden Sie unter www.armut-und-gesundheit.de/ueber-den-kongress/carola-gold-preis

| POLITIK MACHT GESUNDHEIT

Eröffnungsrede von Prof. Dr. Rolf Rosenbrock zum Kongress Armut und Gesundheit 2019

ERÖFFNUNG

Vor 25 Jahren nahmen Studierende aus dem Studiengang Public Health hier an der TU den Satz ernst, nach dem Public Health ‚Wissenschaft und Praxis der Verhinderung von Krankheit, der Verlängerung des Lebens und der Förderung der Gesundheit‘ ist. Sie wollten auch außerhalb des Seminarraums etwas für ihr Thema tun. Mit einem Zuschuss von 5.000 DM von der Ärztekammer Berlin veranstalteten sie 1995 den ersten Kongress Armut und Gesundheit mit ca. 200 Teilnehmenden. Aus den ca. 200 sind im Laufe der Zeit und auch dieses Jahr wieder weit mehr als 2.000 geworden, und wieviel Zuschüsse wir von den vielen dankenswerten Sponsoren heute erbitten müssen und auch bekommen, mag ich gar nicht sagen. Jedenfalls ist der Kongress die größte regelmäßig stattfindende Public Health-Veranstaltung in Deutschland, mitveranstaltet von der DGPH, ein immer wieder gelingendes Forum des Austauschs und der Reflexion im Viereck zwischen Wissenschaft, Praxis, Politik und Nutzenden.

Der Kongress hat jedes Jahr ein Motto, als Vorschlag für eine gemeinsame Orientierung der Diskussionen und auch als Statement nach außen. Diesmal heißt das Motto: Politik Macht Gesundheit.

Politik macht Gesundheit

Das heißt ja zunächst einmal, dass Politik Gesundheit macht; dass Politik einen günstigen oder auch schädlichen Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung nimmt. Das ist nahezu trivial, wird aber des ungeachtet immer wieder verdrängt oder gar verleugnet. Einer der großen Väter unseres Fachs, Rudolf Virchow, fasste es in den Satz, dass Politik nichts Anderes als Medizin im Großen ist. Das heißt, nahezu jede politische Maßnahme oder Regelung hat positive oder auch negative Wirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Politik, die die gesundheitliche Lage der Bevölkerung verbessern will, dürfte demnach – analog zur Medizin – nur das tun oder anordnen, was mit hinreichender Wahrscheinlichkeit so positive Wirkungen auf die Gesundheit hat, dass sie eventuelle negative Wirkungen klar übersteigen und die negativen Wirkungen insgesamt tolerabel sind.

Würde diese Maxime gelten, hätten wir die 30-Stunden-Woche bei Vollbeschäftigung und einem sozialen Arbeitsmarkt, hätten eine ganz andere Qualität der



Foto: Andrie Wagenzik

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock eröffnet den Kongress Armut und Gesundheit 2019

Partizipation in der Arbeitswelt, hätten wir eine Kindersicherungsicherung, hätten wir KiTas und Schulen mit individueller Förderung für alle Kinder, die das brauchen, und nicht nur für Kinder betuchter Eltern, die sich dies als Selbstzahler leisten können; hätten wir armutsfeste Renten, hätten einen ebenso komfortablen wie schadstoffarmen ÖPNV, hätten eine massive Revitalisierung des sozialen Wohnungsbaus, hätten sehr viel mehr Mittel und Instrumente, um mit eingreifender Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten kompensatorisch und emanzipatorisch den geforderten Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten, und hätten wir eine Besteuerung großer Einkommen und Vermögen, die der gesundheitsschädlichen Einkommensspreizung entgegen wirkt und aus der alle diese schönen Projekte finanziert werden könnten. Das wären ein paar Eckpunkte einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik.

Hätte, hätte, Fahrradkette. Haben wir aber nicht. Warum nicht?

Politik – Macht – Gesundheit

Das hängt mit der zweiten Lesart unseres Kongressmottos zusammen: Politik Macht Gesundheit. Der britische Philosoph Bertrand Russell hat einmal sinngemäß gesagt, dass zur Erklärung gesellschaftlicher Prozesse – von der Schule und der Kreisverwaltung bis rauf zur WHO – ein Verständnis der Macht ebenso notwendig sei wie die Berücksichtigung der Schwerkraft in der Physik.

Wir müssen uns also nicht wundern, wenn Gesellschaft und Politik unseren gesundheitsdienlichen und gesund-

heitsförderlichen Vorschlägen nicht sofort und vollständig folgen. Denn als wissenschaftliche Disziplin haben wir zwar Argumente, Studien und Evidenz. Aber wir haben kaum Macht.

Daraus folgt nun weder verzweifelte Resignation noch anbiedernder Opportunismus. Sondern der Aufruf, diesen Aspekt in die Planung, Durchführung und Publikation unserer Befunde aufzunehmen. Wir müssen die Möglichkeiten neuer Bündnisse ebenso in den Blick nehmen und benennen wie die Mächte, die gegen die Umsetzung unserer Vorschläge ihr Machtgewicht in die Waagschale werfen. Sei es die Tabak- oder Diesel-Industrie, die Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft oder die schillernde Allianz der Impfgegner.

Wenn wir die Potenziale unserer inhaltlichen Positionen noch mehr in praktische Politik umsetzen wollen, müssen wir als Public Health-Community manche Scheu vor der politischen Auseinandersetzung überwinden. In pluralistischen Gesellschaften wie der unseren werden politische Entscheidungen eben meist nicht primär nach der Güte der Argumente getroffen, sondern zumindest auch nach den Machtpotenzialen, die die verschiedenen Akteure einzubringen haben.

Unser Machtpotenzial besteht darin, dass wir das Interesse an einer Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Lebensqualität der gesamten Bevölkerung, an einer Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen und an mehr Selbstbestimmung nicht nur vertreten, sondern auch besser als jeder andere begründen können. Das ist unser Pfund, mit dem müssen wir noch mehr wuchern. Die vor allem zivilgesellschaftlichen Allianzen, die daraus entstehen, können Public Health zu einer stärkeren Kraft in der politischen Arena werden lassen.

Ich wünsche uns allen zwei im Geben und Nehmen anregende Tage. Der Wunsch der Veranstalter wäre, dass beide Aspekte – der Einfluss der Politik auf die Gesundheit und auch die Frage nach unserem Umgang mit der Macht – einen der vielen roten Fäden bei diesem Austausch bilden. Welches Forum wäre dafür besser geeignet als der Kongress Armut und Gesundheit.

Glückauf!

Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um einen Auszug der Eröffnungsrede, die Sie unter www.armut-und-gesundheit.de/ueber-den-kongress/dokumentation-2019 in Gänze einsehen können.



Blick ins Publikum; Eröffnungsrede von Prof. Dr. Rolf Rosenbrock beim Kongress Armut und Gesundheit 2019

| HiAP – Ein Ansatz, der quer bürstet

Prof. Dr. Katharina Böhm, Prof. Dr. Claudia Hornberg, Prof. Dr. Heike Köckler,
Prof. Dr. Eva Quante-Brandt im Gespräch zu Health in All Policies, moderiert von
Dr. Ursula von Rügen

IM GESPRÄCH

Katharina Böhm: Health in All Policies ist kein neues Konzept, sondern hat eine relativ lange Geschichte. Es geht zurück auf das Projekt in Nordkarelien [Finnland, A.d.R.] und auf die Ottawa Charta 1986. Es wird mittlerweile seit 30 Jahren auf internationaler Ebene diskutiert. Was uns in Deutschland fehlt, ist eine Gesamtstrategie, die alle Ansätze zu koordinieren versucht und politisch umsetzt. Auf der strukturellen Ebene stellt unser föderales System eine Herausforderung dar. Die Akteurslandschaft ist sehr vielfältig. Zudem geht es um Interessen, um Interessensausgleich und um Macht. Die Nahrungsmittelindustrie dazu zu bringen, Zucker zu reduzieren, verstößt gegen die ureigenen Wirtschaftsinteressen. Auch ist Public Health in Deutschland nicht so weit entwickelt. Es gab hier lange keine starke Community, die sich für einen Health in All Policies-Ansatz auf der politischen Ebene stark macht.

Es tut sich derzeit viel, gerade auch auf kommunaler Ebene! Wir haben in den letzten Jahren durch vielfältige Einflussfaktoren auf europäischer Ebene, durch das Präventionsgesetz, durch den neuen Zusammenschluss der Public Health-Community, auch im Zukunftsforum Public Health, das Thema wieder vermehrt in die Diskussion gebracht. Es öffnet sich gerade ein *window of opportunity*, um Health in All Policies voranzubringen, auch in Deutschland. Aber es fehlt noch eine ganzheitliche Strategie.

Heike Köckler: Ich möchte alle Public Healthler einladen, ihre Komfortzone zu verlassen und sich mit anderen Politikfeldern so intensiv zu beschäftigen, dass man die Mechanismen und Funktionsweisen versteht. Das ist nicht einfach. Das braucht Zeit. Das braucht Gespräche. Und das braucht auch Verständnis für die unterschiedlichen Kulturen. Der Health in All Policies-Ansatz bietet hierfür eine gute Grundlage. Damit können wir im wahrsten Sinne des Wortes Prävention und Gesundheitsförderung betreiben. Das gilt einerseits für die sozialen Determinanten. Das gilt auch für Umweltdeterminanten. Sowohl die Weltgesundheitsorganisation als auch die Vereinten Nationen haben das Thema Umwelt und Gesundheit ganz klar erkannt. Wir können an den Determinanten von Gesundheit ansetzen, weil wir Ressourcen – sowohl personeller als auch finanzieller Art – für Gesundheit nutzen können, nicht nur im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung, sondern auch im Bereich der gesundheitlichen Versorgung. Wir werden die großen ge-

gesellschaftlichen Herausforderungen nur dann schaffen, wenn wir die Potentiale in den anderen Feldern nutzen. Ein großes Potential wird in der kommunalen Ebene gesehen – diese Einschätzung teile ich. Ich schätze die deutsche kommunale Selbstverwaltung, die auch innerhalb Europas etwas sehr Besonderes ist. Ich bin aber zunehmend in Sorge, dass Kommune und insbesondere auch Quartier als Teilraum von Kommune völlig überladen werden. Deshalb bitte die Potentiale aller Ebenen nutzen und nicht nur kommunale Selbstverwaltung!

Claudia Hornberg: Ich muss gestehen, ich habe eine etwas kritische Sicht auf den Health in All Policies-Ansatz. Dies resultiert aus meiner Erfahrung, dass das Thema Gesundheit gerade im Kontext mit anderen Gemeinwohlangelegenheiten eher marginalisiert wird. Interessenskonflikte und wirtschaftliche Partikularinteressen sind dabei ganz zentrale Probleme, die man offen diskutieren muss. Die Wissenschaft ist an diesem Dilemma nicht ganz unschuldig. Letztlich ist es doch so, dass wir bislang keinen Weg gefunden haben, das wichtige Thema Gesundheit in andere gesundheitsbezogene Handlungsfelder zu transportieren und dafür zu sensibilisieren, inwieweit z.B. Klimaschutz/Klimaanpassung oder auch Stadtplanung ganz wesentlich mit Gesundheit verknüpft sind. Ich bin persönlich jedes Jahr mit Master-Studierenden der Fakultät für Gesundheitswissenschaften in Bielefeld auf Exkursion und jedes Jahr erweist es sich als Herausforderung, den Studierenden die gesundheitliche Relevanz des Braunkohletagebaus nahe zu bringen. Ähnlich problematisch verhält es sich mit Fragen des Tempolimits bzw. insgesamt mit Fragen der Mobilität. Grundsätzlich sehe ich die Schwierigkeit darin, die zentralen Stakeholder von der inhärenten Verknüpfung sämtlicher gesellschaftlicher Themen und Handlungsfelder mit Gesundheit als einem immateriellen Wert zu überzeugen. Die wichtigste Aufgabe ist m.E., einen Weg zu finden das Gesundheitsthema in der erforderlichen Breite zu diskutieren.

Eva Quante-Brandt: Wir denken in politischen Systemen, in Zuständigkeiten und in Rechtskreisen. Da ist natürlich ein Ansatz wie Health in All Policies einer, der quer bürstet. Gesundheit ist eine Ungleichheitsdimension, das wissen wir Alle. Aber wir haben gesellschaftlich noch nicht die Strukturen, in denen Gesundheit konsequent mitgedacht wird.



Prof. Dr. Eva Quante-Brandt, Prof. Dr. Claudia Hornberg, Prof. Dr. Heike Köckler, Prof. Dr. Katharina Böhm im Gespräch

In der bremischen Bevölkerung gibt es hohe Armuts- und auch Reichtumsanteile. Weil wir uns schon sehr lange mit den Konsequenzen von Armut im Land Bremen beschäftigen, ist es gelungen den Sozialbereich und die Arbeitsmarktpolitik in vernünftigen Strukturen zu verbinden. Aber wir haben noch kein ganzheitliches Konzept, in dem das Thema der Gesundheit integriert ist. Ich habe angefangen, das Präventionsgesetz als Triggerpunkt zu nehmen, um die Bereitschaft bei all den notwendigen Akteuren zu erzeugen, strukturell eine Gesamtstrategie HiAP für das Bundesland Bremen zu entwickeln. Nicht ich als Gesundheitssenatorin allein bin für die Strukturen zur Gesunderhaltung der Menschen zuständig, das liegt in der Zuständigkeit aller politischen Ressorts. Diesen Ansatz haben wir in der Zukunftskommission formuliert und in die Leitziele für die Entwicklung des Bundeslandes 2035 aufgenommen. Ich bin mir aber noch nicht sicher, ob all diejenigen, die dem zugestimmt haben, genau wissen, was wir damit implizieren. Im Grunde bedarf es nicht nur einer Vision, sondern einer Praktikabilität, zuständigkeits- und rechtskreisübergreifend. Und das ist wirklich eine herausfordernde Aufgabe.

Kommentar aus dem Publikum: Die Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung ist eine Kombination aus zwei Dingen: aus bestem Wissen und Umsetzung. Aus unserer Erfahrung der BZgA mit verschiedenen Akteuren wird immer klarer: Die BZgA muss sich um ein neues Themengebiet kümmern, nämlich die Transferforschung. Zwischen einem Ziel und der Diagnose, an was gesundheitliche Situationen möglicherweise krankend, fehlt der Schritt einer wirksamen Therapie. Kommunen werden zunehmend zögerlich, wenn es um die Gesund-

heitsförderung geht. Sie haben eine ganze Reihe von Aufgaben und eine ganze Reihe von Zukunftsplänen: Bildung, Digitalisierung, ja, vielleicht auch Gesundheit. Wir brauchen jemanden, der schaut, wie wir das koordinieren und umsetzen. Und da tun sich Wissenslücken auf. Wir sollten uns tatsächlich mehr um Transferforschung kümmern.

Heike Köckler: Also, ich unterstreiche das absolut: Und es geht nicht nur um Transferforschung, sondern auch um eine Verbesserung in der Ausbildung. Akteuren anderer Politikfelder müssen Prävention und Gesundheitsförderung nahegebracht werden. Dafür braucht man ein Verständnis für die unterschiedliche Kultur. Es ist nämlich gar nicht so einfach, von A nach B eine Brücke zu bauen.

Katharina Böhm: Wir als Public Health-Community müssen als Interessensgruppen auftreten. Zunächst aber brauchen wir eine Idee davon, wo wir hinwollen. Was ist unser Ziel als Gesellschaft? Österreich ist einen guten Weg gegangen mit seinem Gesundheitszieleprozess. Sie haben 2010 begonnen, national einen Gesundheitszieleprozess zu entwickeln und haben inzwischen zehn Gesundheitsziele. Sieben davon beziehen sich nicht explizit auf ein enges Gesundheitsverständnis, sondern sind weit gefasst. Da geht es darum, gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken. Luft, Wasser, Lebensverhältnisse für die nächste Generation zu sichern. Gesundheit durch sozialen Zusammenhalt zu stärken. Dass sie sich überhaupt im ersten Schritt hingeworfen und überlegt haben: „Was ist unser Ziel?“, war wichtig! Und sie haben alle Akteursgruppen in der Gesellschaft einbezogen.

| Warum ändert sich nichts?

Eröffnungsrede von Prof. Dr. Stefan Sell zum Kongress Armut und Gesundheit 2019

KEYNOTE 1

Ich möchte den Formenkreis Armut und Ungleichheit verhandeln vor dem wichtigen Thema der ambivalenten Bedeutung von Erwerbsarbeit und Arbeitslosigkeit für Krankheit und Gesundheit. Ich hatte schon immer Probleme mit dem Begriff „Gesundheitspolitik“. Weil eigentlich das, was man in der Gesundheitspolitik so macht, Krankheitspolitik ist. Ich will aber auch die Frage stellen, warum trotz der wirklich beeindruckenden empirischen Evidenz so wenig passiert. Ich gehe sogar so weit zu behaupten, dass heute teilweise weniger passiert als noch vor 20, 30 Jahren.

Zwei wichtige sozialpolitische Thesen vorweg: Wir sehen zum einen eine massive Polarisierung in unserer Gesellschaft. Den zweiten Megatrend bezeichne ich als „Verfestigung und Konzentration“, sowohl von Armutslagen wie auch von Reichtumsverhältnissen. Ein weiterer, wichtiger Hintergrund: Im Durchschnitt hat die Millennialgeneration in den entwickelten Ökonomien ein 40 Prozent geringeres Vermögen als die Babyboomergeneration der 60er Jahre oder die Generation X zu ihrer Zeit. Das sollten wir beim Thema Macht nicht vergessen: Die Babyboomer sind diejenigen, die heute an den Entscheidungspositionen in Politik und Wirtschaft sitzen.

Prekäre Lebensverhältnisse im Niedriglohnsektor

Wenn wir über Armut und Gesundheit reden, sollten wir uns nicht selbst beschneiden auf das, was in der offiziellen Sozialwissenschaft als Armut definiert wird. Dort werden Sie oft eine in meinen Augen sehr problematische Engführung von Armutslagen auf beispielsweise die unteren zehn bis 15 Prozent der Bevölkerung finden, die tatsächlich in manifester Einkommensarmut leben. Wir sollten – auch mit Blick auf die gesundheitlichen Folgewirkungen – darauf hinweisen, dass wir seit Mitte der 1990er Jahre eine wachsende Gruppe an Arbeitnehmenden im Niedriglohnsektor haben. Zurzeit gibt es 3,7 Millionen – wohlgemerkt – sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigte, die weniger als 2.000 Euro brutto pro Monat verdienen. Das sind Millionen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die als LKW-Fahrer arbeiten, als Verkäuferin, als Pflegekräfte, im Erziehungsbereich... Diese Millionen, die den Laden hier am Laufen halten, tauchen in der Diskussion oft kaum auf und bekommen – relativ gesehen – am wenigsten Unterstützung. Wenn es Förderprogramme gibt, dann richten sich die auf die unteren Gruppen oder aber auf die obere Mittelschicht (Beispiel Baukindergeld). Die Leistungsträgergruppe in der Mitte

muss alles oder den größten Teil selbst finanzieren und ächzt unter der Belastung. Und immer weniger von ihnen schaffen es, aus diesem Niedriglohnsektor heraus zu kommen. Natürlich hat so etwas krank machende Konsequenzen!

Zahlen zur Nicht-Inanspruchnahme von Hartz IV

Ich springe zu den Hartz IV-Empfänger*innen: Auch hier wird uns vermeldet, alles wird besser in diesem Bereich. Und wenn Hartz IV einmal diskutiert wird, dann wird es negativ konnotiert: „Das sind aber auch Leute, die nicht arbeiten wollen!“, „die unrechtmäßige Leistung beziehen“. Wie viele öffentliche Debatten hat auch diese Debatte eine schwere Schlagseite. Dass es Menschen gibt, die diese Leistungen gar nicht in Anspruch nehmen, darüber wird in der Öffentlichkeit kaum diskutiert.

Wir hatten im Jahr 2017 4,36 Millionen erwerbsfähige Hartz IV-Empfänger*innen. Es gibt leider nur wenige Studien, die sich intensiver mit der Frage der Nicht-Inanspruchnahme von Hartz IV auseinandergesetzt haben. Die ermittelte Verzichtquote reicht von 33,8 bis sogar 50 Prozent. Fünf der sechs Studien nutzen das Sozioökonomische Panel als Datenquelle. Deutlich höher ist Leistungsverzicht unter Erwerbstätigen. Die von der Bundesregierung genannten Studien schätzen, dass mindestens die Hälfte der Anspruchsberechtigten mit Einkommen aus Erwerbstätigkeit freiwillig auf Hartz IV-Leistungen verzichten. Je nach Erhebung wurde für diese Gruppe eine Verzichtquote von sogar 48,4 bis 63 Prozent berechnet. Somit hätten wir in 2017 neben den 4,36 Millionen damals offiziell ausgewiesenen, registrierten Hartz IV-Empfänger*innen, weitere rund 2,2 Millionen Erwerbsfähige, die einen Hartz IV-Anspruch hatten, diesen aber nicht in Anspruch genommen haben. Das sind genau die Leute, die im Nirvana zwischen offiziellem Sozialleistungsbezug und normaler Erwerbsarbeit herumkriechen müssen.

Arbeitslosigkeit tötet

Im Hartz IV-System spielen – ebenfalls ein hochaktuelles Thema – die Sanktionen eine große und wichtige Rolle. Wir unterschätzen die nachgewiesene krankmachende Wirkung, die wir durch harte Sanktionsinstrumente in unserem Sozialleistungssystem haben und beobachten. Eine der größten aktuellen Metaanalysen mit 42 eingeschlossenen Längsschnittstudien aus verschiedenen Ländern und über 20 Millionen Personen, zeigen einen



Prof. Dr. Stefan Sell hält seine Keynote auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2019

durchschnittlichen Risikoquotienten von 1,63 für die Gesamtmortalität bei Arbeitslosen. Heißt also, Arbeitslosigkeit ist mit einem 63 Prozent höheren Sterblichkeitsrisiko verbunden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Und wenn man es nur mit Beschäftigten vergleicht, war der Unterschied sogar noch größer: bei 75 Prozent. Auch in Deutschland wurden erheblich erhöhte Mortalitätsrisikowerte gemessen. Beispielsweise Versicherte der Gmündener Ersatzkasse mit ein bis unter zwei Jahren Arbeitslosigkeit: eine 1,6fach erhöhte Mortalität. Bei Personen, die mindestens zwei Jahre Arbeitslosigkeit hinter sich hatten, war das Risiko 3,4fach erhöht.

Genauso stellen sich die Daten bei den Herzinfarkten da, die mit der Dauer der Arbeitslosigkeit deutlich angestiegen sind in den ersten acht Monaten der Arbeitslosigkeit: 1,49. Und nach mehr als 16 Monaten der wirklich sehr hohe Wert von 3,08. Insofern kann man anhand solcher wirklich sehr zynischen Zahlen sagen: „Arbeitslosigkeit tötet.“

Warum ändert sich nichts?

Der Einfluss von Einkommen und sozialer Lage auf den Gesundheitszustand ist sehr stark, viel niedriger hingegen ist der Einfluss gesundheitsrelevanter Verhaltens- oder gar klinisch-medizinischer Versorgung. Trotzdem müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass etwa 90 Prozent der Ressourcen im Gesundheitswesen – wie in den meisten Staaten, so auch bei uns – in die direkte medizinische Versorgung gehen. Das ist ein Grundproblem, mit dem wir konfrontiert sind.

Auf der Suche nach den Ursachen für die Nicht-Antworten im politischen System, auch die Sprachlosigkeit, sollten Sie zwei Aspekte nicht unterschätzen. Ich erlebe erstens in vielen politischen Diskussionen eine Fol-

gewirkung dessen, was wir Sozialpolitikwissenschaftler beschreiben als Individualisierung, Personalisierung und Moralisierung von Arbeitslosigkeit und Armut. Das hat sich seit dem Ende der 60er Jahre massiv in unserer Gesellschaft ausgebreitet. Zweites Problem: Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosenquote und Wahlbeteiligung bei der Bundestagswahl. Der typische Nichtwähler lebt in Wohnvierteln mit hoher Arbeitslosigkeit, Armut und niedriger Bildung. In solchen Vierteln wählt nur noch 30 Prozent der Menschen auf der Basis der repräsentativen Wahlstatistik, in gutbürgerlichen dagegen um die 80 Prozent. Auch die Nichtrepräsentation der unteren Einkommensgruppen ist ein ganz wichtiger Punkt.

Verhaltens- versus Verhältnispolitik

Mein Herz schlägt für die soziale Arbeit. Aber wir haben ein Problem, mit dem Sie sich auch im Public Health-Bereich auseinandersetzen müssen. Mit einem Zitat möchte ich meinen Vortrag beenden: *„Eine Politik der Verhältnisse, die primär gesellschaftsstrukturelle Bedingungen von sozialer Ungleichheit und Ausschließung, Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, Armut, problematisiert, wird von einer Politik des Verhaltens verdrängt. Letztere richtet den Fokus, in erster Linie, auf die Diagnose und Behandlung von individuellen Verhaltensdispositionen, Persönlichkeitsmerkmalen, Wertorientierung, subjektiven Einstellungen und Fähigkeiten der Arbeitslosen, der Wohnungslosen, der Armen. Möglichkeiten der Teilhabe werden damit zunehmend versperrt. Aus einer strukturbezogenen Politik, die Macht und Herrschaftsverhältnisse in Bezug zum Beispiel auf Klassen- und Geschlechterkonflikte thematisiert, wird so eine dezidiert auf individuelles und kollektives Verhalten bezogene Politik. Die Fragen des Lebensstiles, der Moral, der Normkonformität und damit personalisierende Konzepte der Verhaltenssteuerung und Verhaltenskontrolle werden in den Vordergrund rückt. Aufgrund ihrer dominanten Tradition individualisierender Problembearbeitung war und ist die soziale Arbeit seit jeher für eine Politik des Verhaltens anfällig. Aus gesellschaftlichen Konfliktkonstellationen und dem herrschaftlich organisierten Zugang zu Ressourcen werden Problemgruppen. Diese werden zum bevorzugten Gegenstand staatlicher Ordnungspolitik. Ihre Verhaltens- und Kompetenzdefizite sollen in einem Mix aus Zwang und Förderung durch Empowerment, Resilienzförderung, sozialen Kompetenztrainings, Präventionsprogrammen – unter professioneller Anleitung – bearbeitet werden.“*

| Gesundheit als humanistisches Anliegen

Eröffnungsrede von Prof. Dr. Thomas Gerlinger zum Kongress
Armut und Gesundheit 2019

KEYNOTE 2

Entwicklungstrends in Prävention und Gesundheitsförderung

In den letzten Jahren können wir einen Bedeutungszuwachs von Prävention und Gesundheitsförderung und auch eine Modernisierung der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik beobachten. Aber die strukturellen Probleme, die das deutsche Gesundheitssystem seit langem begleiten, existieren parallel fort. Gesundheitsförderung und Prävention haben eine viel zu geringe Aufmerksamkeit. Und die Aufmerksamkeit richtet sich viel zu wenig auf die Gestaltung von Lebenswelten. Was das Thema Armut und Gesundheit angeht, so hat es einen viel zu geringen Stellenwert. Wir haben es auch mit einer wachsenden Zahl von Einzelinitiativen zu tun, die aber oft isoliert, fragmentiert und nicht angemessen mit Ressourcen ausgestattet sind. Vor allem aber sind die Initiativen nicht eingebettet in eine umfassende, koordinierte, zielorientierte Steuerung und Strategie auf allen Handlungsebenen. Vom Leitbild Health in all Policies sind wir noch relativ weit entfernt. Ganz abgesehen davon dominiert in manchen Bereichen eine pure Ignoranz und eine reine Interessenpolitik, die mit sich bringt, dass Gesundheitsinteressen außer Acht gelassen werden.

Hürden für Health in All Policies

Jenseits aller politischen Rhetorik lässt Politik – um es einmal vorsichtig zu sagen – nicht überall ein Interesse daran erkennen, Armut zu vermeiden oder Armut zu reduzieren. Die Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Finanz- und Sozialpolitik hat Armut und Ungleichheit in den letzten Jahrzehnten de facto verstärkt und nicht reduziert. Beispiel sind die Reduzierung des Rentenniveaus und die Privatisierung der Rente, die Einführung von Bedürftigkeitsprüfungen vor vormaligen Sozialversicherungsleistungen, niedrige Löhne und ein unzureichender gesetzlicher Mindestlohn bei gleichzeitiger Senkung der Spitzensteuersätze. Im Mittelpunkt dieser Politik steht die Ausrichtung auf einen nationalen Wettbewerbsstaat. Ideologisch wird diese Entwicklung von dem Paradigma der Ungleichheit als eines Anreizes für Leistungsbereitschaft und für die Selbstoptimierung getragen. Wer solchen Zielen folgt und solche Instrumente einsetzt, der nimmt sehenden Auges soziale Ungleichheiten und damit auch ihre gesundheitlichen Folgen in Kauf.

Ein weiterer wichtiger Punkt scheint mir die Komplexität von Handlungsanforderungen, Interessen und Akteuren

zu sein. Das gilt umso mehr, als Public Health-Initiativen im Allgemeinen von sich aus schon ein hohes Maß an Komplexität aufweisen. Auch die deutsche Tradition der Bismarckschen Krankenversicherung mag eine Rolle spielen, weil mit ihr eine weitgehende institutionelle Trennung der Zuständigkeiten für Krankenversorgung und Prävention einhergeht mit einem traditionellen Fokus auf Kompensation eingetretener Risiken, gegen die sich Prävention und Gesundheitsförderung nur schwer durchzusetzen vermag. Diese Komplexität zieht natürlich die Neigung nach sich, Komplexität zu reduzieren und sich dabei auf das Machbare zu beschränken. Das führt dazu, dass Priorität auf isolierte Maßnahmen und Verhaltensprävention gesetzt wird. Rolf Rosenbrock und Hagen Kühn haben das einmal bezeichnet als das Darwin'sche Gesetz der Prävention. Das heißt, wenn verschiedene Präventionskonzepte nebeneinanderstehen, dann gibt es eine starke Tendenz, dass sich eben die durchsetzen, die am besten an die bestehenden Strukturen angepasst sind.

Zugleich gibt es in verschiedenen Bereichen einen Gegensatz von wirtschaftlichen Interessen und Gesundheit. Gesundheit als solches ist ein nicht sonderlich starkes Motiv. Insbesondere gilt das dann – wie wir am Dieselskandal und am Umgang mit den Grenzwerten und mit den Fahrverboten sehen –, wenn das Gesundheitsziel mit mächtigen Interessen in Konflikt gerät. Gerade im Hinblick auf den ökonomischen Nutzen von Prävention und Gesundheitsförderung sind vulnerable Gruppen häufig wenig interessant, auch, weil es sich um gering Qualifizierte handelt, die leichter auf dem Arbeitsmarkt ersetzt werden können.

Gesundheit als gesellschaftliche Rationalisierungsressource

Wie kommt es zum Bedeutungszuwachs von Gesundheitsförderung und Politik? Das verweist auf einen weiteren Punkt, nämlich auf die Umdeutung von Gesundheit als einer gesellschaftlichen Rationalisierungsressource. Gesundheit folgt einem gesellschaftlichen Makrotrend. Sie genießt – als Wert und Ziel – in der Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Die Politik weiß sich hier im Allgemeinen in Übereinstimmung mit breiten Teilen der Bevölkerung. Durch die Beschwörung von Gefahren kann sich der Staat als Akteur in Szene setzen, der ihnen als Hüter des Allgemeinwohls und des individuellen Wohls

entschlossen entgegentritt. Insofern sind im Allgemeinen Legitimationsrisiken für den Staat dann, wenn er sich für Gesundheit einsetzt, eher gering. Zugleich ist dieser Bedeutungszuwachs von Primärprävention und Gesundheitsförderung zurückzuführen auf den sozialen Wandel. Gesundheitsförderung und Prävention sind Teil einer sozialen Investitionsstrategie, die darauf zielt, die Produktivitätspotenziale einer verbesserten Bevölkerungsgesundheit zu erschließen.

Diese ökonomische Nutzenperspektive auf Gesundheit und das damit begründete Plädoyer für Gesundheitsförderung und Prävention wird häufig verknüpft mit der Diskreditierung und Delegitimierung der finanziellen Kompensation von Nachteilen oder Notlagen. In den Zeiten des expandierenden Wohlfahrtsstaats war Sozialpolitik oder Wohlfahrtsstaatspolitik positiv konnotiert: Sozialpolitik, Umverteilung eröffnet Lebenschancen, ist ein Instrument zur Herstellung von Chancengleichheit und dient auch dazu, soziale und politische Konflikte zu befrieden. In der jüngeren Wahrnehmung und Debatte gelten Sozialleistungen eher als eine ineffiziente Hilfe und als ein potenzielles Fass ohne Boden. Und es gilt eben, solchen Sozialleistungen durch eine verbesserte Prävention entgegen zu wirken. Insgesamt geht es um die Indienstnahme – man könnte auch mit Klaus Dörre sagen: um die finanzkapitalistische Landnahme – des Handlungsfeldes Gesundheit für eine Strategie angebotsorientierter Standortpolitik im globalen Wettbewerb.

Diese Zusammenhänge wiederum bringen die Gesundheitsbewegung in einen Zwiespalt, wenn man Gesundheitsförderung und Primärprävention mit der Erwartung eines wirtschaftlichen Nutzens in Verbindung bringt. Auf der einen Seite ist man geneigt, die Durchsetzungskraft des Gesundheitsargumentes durch die Einbeziehung und positive Bezugnahme auf mächtige Interessen jenseits von Gesundheit zu stärken. Auf der anderen Seite begibt man sich damit in Gefahr, zumindest diskursiv die Verfolgung des Ziels Gesundheit von eben diesen anderen gesundheitsfremden Interessen abhängig zu machen.

Das hat für die Gesundheitsbewegung zwei problematische Konsequenzen. Erstens wird Gesundheitsförderung und Prävention in der Tendenz fragil, denn deren Legitimationsgrundlagen können erodieren, wenn deren



Prof. Dr. Thomas Gerlinger hält die zweite Keynote auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2019

Erwartung eines wirtschaftlichen Nutzens nicht eintritt oder bei den relevanten Akteuren nicht mehr vorhanden ist. Und zweitens beinhaltet das Nutzenargument eine latente soziale Selektivität von Gesundheitsförderung und Prävention. Denn wenn sie mit wirtschaftlichem Nutzen legitimiert wird, dürfte sie sich, primär, auf solche Gruppen richten, deren Gesundheit Nutzen verspricht, weil deren Qualifikation nicht ohne weiteres zu ersetzen ist. Dann geht es, zum Beispiel in der betrieblichen Gesundheitspolitik, um den Ingenieur und um den Naturwissenschaftler und nicht um die outgesourcte Putzfrau, um es einmal ganz klar zu sagen.

Ausblick

In den Auseinandersetzungen um Gesundheitsförderung und Prävention sollten sich Gesundheitsbewegungen nach meiner Überzeugung auf ihre politische Autonomie besinnen, auch auf ihre Funktion, ihre Rolle als Gegenmacht. Gesundheit sollte aus dieser Perspektive als ein humanistisches Anliegen vorgetragen und auch in Bündnisse eingebracht werden. Ein humanistisches Anliegen, das sich legitimiert aus dem Ideal eines langen und von Einschränkungen möglichst freien Lebens, und zwar für alle. Insofern ist das Ideal der Gesundheit und damit auch das Ideal der Gesundheitsförderung und der Prävention, untrennbar verbunden mit dem Ideal der Freiheit und der Gleichheit der Individuen. Man sollte sich dabei nicht scheuen, gegen hartnäckige Widerstände anzugehen. Und bei dem Einsatz für Gesundheitsförderung und Prävention vom ökonomischen Nutzenargument mit Vorsicht Gebrauch machen.

Was wirkt?

Blicke über den Tellerrand der Gesundheitsförderung auf die Erfahrungen anderer Handlungsfelder

FISHBOWL 105



Foto: André Wagenzki

Teilnehmende der Fishbowl diskutieren das Thema Wirkung auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2019

Die Beschäftigung mit Wirkungsorientierung ist in anderen Handlungsfeldern bereits seit Jahren ein wichtiges Thema. In der Auseinandersetzung mit ihrer Wirkung entwickeln sich Einrichtungen weiter, reflektieren und analysieren ihr Tun, beschäftigen sich mit den gesellschaftlichen Zielen ihrer Organisationen.

In unserem Handlungsfeld der Gesundheitsförderung setzen wir uns beispielsweise mittels der Good Practice-Kriterien und dem Verständnis von partizipativer Qualitätsentwicklung schon lange damit auseinander, wie unsere Angebote gut gelingen können. Die Beschäftigung mit Wirkungsorientierung ist hier sehr anschlussfähig und setzt Impulse, die Wirkungsweisen und tatsächlichen Wirkungen unserer Aktivitäten besser zu verstehen und zu vermitteln.

Wie kann unsere Arbeit von der Wirkungsorientierung profitieren? Auf was sollten wir achten? Mit was können wir rechnen? Zu diesen Fragen hatten wir drei Menschen eingeladen, die mit dem Thema Wirkung in unterschiedlichen Bereichen bereits länger erfahren sind.

Florian Amoruso-Stenzel verantwortet die pädagogische Leitung, Evaluation und Qualitätsentwicklung im Verein kein Absents! e. V., der Mentoring-Projekte mit Kindern und Jugendlichen umsetzt.

Dr. Susanne Giel ist freiberufliche Evaluatorin und Dozentin für Evaluation und Methoden u.a. für Univation Institut für Evaluation.

Karenina Schröder verantwortet bei der Deutschen Kinder- und Jugendstiftung (DKJS) den Bereich Wirksamkeit und Evaluation.

In einem beteiligungsorientierten Austausch in einer Fishbowl kamen zunächst die drei Impulsgeberinnen zu Wort, danach wurde die Runde für Interessierte geöffnet. Aus der engagierten Diskussion möchten wir nebenstehend einige Zitate präsentieren, die den weiteren Dialog und die Beschäftigung anregen können – und die wir hier einfach einwirken lassen wollen.

*Dagmar Lettner, Holger Kilian
Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.*



Themenblatt Wirkung

Dem Thema Wirkungsorientierung widmete sich auch ein Themenblatt des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, welches in 2018 erschienen ist und auch in gedruckter Form vorliegt.

Sie können es hier einsehen: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/?artikel2=1127.

AUSGEWÄHLTE ZITATE AUS DER FISHBOWL-DISKUSSION

Zum Sinn und Nutzen von Wirkungsorientierung

„Gute Sachen tun wollen, wenn sie nicht gut gemacht werden – das funktioniert nicht.“

„Es hilft einem nicht nur für das Fundraising. Es ist auch eine interne Methode, um sich selbst zu reflektieren und hilft in verschiedenen Bereichen weiter.“

„Für mich war ein Schlüsselerlebnis, von der Frage wegzugehen: ‚Wirkt es denn?‘ hin zu der Frage: ‚Wie wirkt es denn?‘“

„Wie wird Praxis umgesetzt? Wie werden Aktivitäten geplant und durchgeführt? Und was kann mit diesen Aktivitäten erreicht werden?“

Wirkungsorientierung und Qualitätsmanagement

„Die Gefahr ist, dass man im Qualitätsmanagement einen Haufen Sachen macht, die nichts mit der Zielgruppe zu tun haben. Man kann sich super mit sich selbst beschäftigen. Deshalb finde ich: Wirkungsorientierung first, dann mit Qualitätsmanagement beginnen, um zu gucken: Wie können wir wirkungsorientiert dabei bleiben?“

Wirkungen berichten

„Es wird nicht so sein, dass wir sagen, wir haben uns 100 vorgenommen und haben 100 erreicht. Sondern wir werden die Geschichte erzählen des Scheiterns, des Wieder-Aufstehens, des Andersmachens. Der Stolz besteht darin, dass wir eine gute Navigation hatten, um uns immer auf dieses sich teilweise verändernde Ziel hin zu bewegen.“

„Einen Bericht zu schreiben oder eine Wirkungsmessung zu machen, ist noch kein Beweis für die Wirkung des Programms. Aber es ist ein Schritt zur Vorbereitung. Wenn jemand kommt, der das Ganze evaluieren möchte: Wir sind bereit!“

Wirkungsorientierung einführen

„Wir haben versucht, dem (Prozess der Wirkungsorientierung) eine Leichtigkeit zu geben, um nicht das Gefühl zu haben: Es ist so furchtbar schwer. Und wir werden kontrolliert. Und mein Programm ist sowieso ganz anders als alle anderen Programme, das funktioniert bei mir nicht. All diese Sorgen haben wir hochgeholt und besprochen.“

Aus Fehlern lernen

„Mein Wunsch wäre, dass die Erfahrungen, die gesammelt werden, offensiv und selbstbewusst genutzt werden. Weil ich denke, das kommt der Wirklichkeit auch näher. So wirkt eben soziale Arbeit, Bildung und alles Mögliche.“

Die Herausforderungen

„Die Schwierigkeit ist das Verkaufen bei den Förderern. Die häufig möchten, dass ich mit einer minimalen Intervention die Welt verändere. Ich muss mich dann als einzelner Akteur schon durchsetzen, sehr klar benennen, was wir erreichen können und was wir auch nicht erreichen können. Da haben wir als Zivilgesellschaft die Aufgabe, das immer wieder deutlich zu machen und nicht Theater zu spielen.“

„Wir haben aber gemerkt, dass dieses Thema – ‚alle mitnehmen‘, und ‚Kulturwandel‘ – noch einmal ein komplettes Aufgabenpaket für sich ist.“

| Orte der Begegnung in ländlichen Räumen

Die Satellitentagung „Land in Sicht II“

SATELLITENTAGUNG

Gesundheitsförderung beginnt – dies bereits vorweggenommen – bei der Begegnung. Dass damit aber nicht die Kneipe nebenan gemeint ist, betonte Jörg Freese vom Deutschen Landkreistag, der Gesundheit Berlin-Brandenburg bei der Ausrichtung des Satelliten auch 2019 wieder gewinnbringend unterstützte, mit einem Augenzwinkern in der Eröffnung.

Orte der Begegnung, auch außerhalb der Kneipe

Neben fest institutionalisierten Begegnungsorten wie Kindergärten, Jugendeinrichtungen und Schulen steht vor allem die Unterstützung und der Ausbau von öffentlichen und auch informellen Plätzen wie Mehrgenerationenhäusern, Skateranlagen oder auch das Dorffest im Fokus. Geht es beim Thema Begegnungsort doch weniger um die Frage des Wo's als vielmehr um die Bedeutung, die diese vielgestaltigen Orte einnehmen können. Welche konkreten Potentiale diese Orte für Gesundheit und sozialen Zusammenhalt in der Praxis bieten, welche Mittel, Anstrengungen und Stolpersteine bei der Entwicklung oder Aufrechterhaltung dieser Begegnungsorte maßgeblich sind und nicht zuletzt, wie diese sich in eine nachhaltige kommunale Gesamtstrategie integrieren lassen, zeigten alle Beteiligten in diesem Jahr einmal mehr. Denn – und das muss nicht erst die Erfahrung lehren – ohne „gemeinsam“ bleiben auch diese Orte einsam.

„Es muss ein politischer Wille da sein und es muss bei den Menschen angekommen sein. Auch in dem Sinne, dass Gesundheitsförderung nicht nur Bewegung, Ernährung, Entspannung bedeutet, sondern auch das darüber hinaus. Einen Ort haben, wo man sich begegnet, in Gemeinschaft ist.“

Teilnehmerin der Satellitentagung 2019

Gemeindebahnhof Erlau – wo die Macht der Bilder Wirkung zeigte

Vor den Herausforderungen räumlicher Distanz, neuer Lebensmodelle und Strukturveränderungen stand auch die Gemeinde Erlau in Mittelsachsen. Aus der Not des stillen Verfalls eines Bahnhofs in Kombination mit dem Drang nach gemeinwohlstiftendem Engagement wurde hier im wahrsten Sinne des Wortes eine Tugend gemacht. Begonnen hatte alles mit der Entwurfsstudie bzw. dem Planspiel von Architekturstudierenden der Technischen

Universität Dresden. Nachdem die Erlauer Bürgerinnen und Bürger dies gesehen hatten, waren sie nicht mehr zu bremsen. Nach der Erarbeitung einer Projektskizze unter fachlicher Begleitung fiel 2014 der Beschluss zur Sanierung zum „Generationenbahnhof“. Mit der Gründung des Vereins „Generationenbahnhof Erlau e. V.“ konnten die Bedarfe der Bürgerinnen und Bürger direkt mit einbezogen werden. Ergebnis: ein belebtes, saniertes Mehrgenerationenhaus mit pflegerischen, medizinischen sowie öffentlichen Bürgerbereichen. Denn, so bestätigt es auch Jana Ahnert, die das Projekt im Forum 4 auf der Satellitentagung 2019 präsentierte, es gelte auch hier: „Zuhören, was die Leute interessiert, und nicht einfach Ideen überstülpen“.

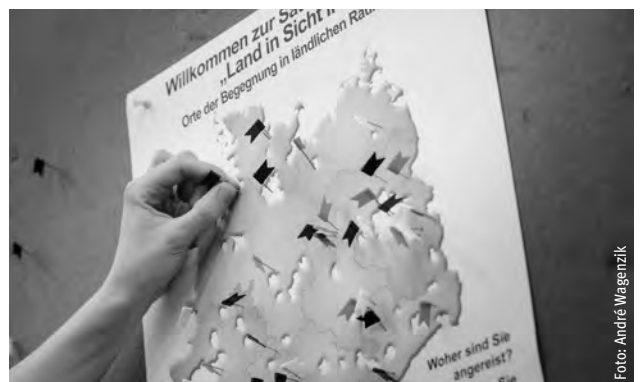
„Wir meinen immer, wir als Profis wissen, was die Leute wollen. Das stimmt aber oft nicht. Wir müssen wirklich die Menschen fragen, sie direkt beteiligen und sie müssen ihre Bedarfe nennen, nicht umgedreht – so funktioniert das nicht.“

Teilnehmerin der Satellitentagung 2019

Von Dorfmoderatoren und guten Prozessen, denen die Mittel fehlen

Gemeinschaft stiftende und gesundheitsförderliche Projekte in Kommunen zu etablieren und zu fördern, bedarf einer guten Koordination. Um diese nachhaltig zu stützen, kann z. B. eine Dorfmoderatorin oder ein Dorfmoderator zum Einsatz kommen.

An der Hochschule Neubrandenburg gibt es dafür einen eigenen Ausbildungszweig. „Leuten von außen“ fehlt oft der Blick von innen. Und genau darauf zielt die Fortbil-



Die Teilnehmenden der Satellitentagung wurden gebeten, mit einem Fähnchen den Ort zu markieren, aus dem sie angereist sind.

dung ab: Aus den eigenen Reihen heraus nicht nur Bedarfe zu erkennen, sondern auch zu steuern. Ilona Pisek, Dorfmoderatorin aus Wesenberg, machte in ihrem Beitrag jenen Weg zur Dorfmoderation deutlich und abstrahierte dabei ein weiteres Problem, mit dem Projekte im ländlichen Raum zu kämpfen haben – Geld: „Ich könnte jetzt als Dorfmoderation starten, aber wo kriege ich die Mittel her?“. Ihre Idee, einen Fahrdienst für Mobilitätshilfe zu etablieren, droht letztlich an den finanziellen Mitteln zu scheitern, trotz Träger und immenser Bedarfe durch fehlende ländliche Mobilität.

Nicht nur der Fall der Dorfmoderatorin aus Wesenberg machte auf der Satellitentagung deutlich, dass oft genau dort Geld fehle, wo es dringend hingehöre und das damit nicht immer die fehlenden Mittel an sich das Problem darstellten, sondern der Aufwand, an diese heranzukommen. Die Vielzahl an nutzbaren Fördermitteltöpfen wurde in der Abschlussdiskussion nochmals deutlich. Dass es oft an entsprechenden personellen Ressourcen in den Kommunen fehle, wurde diesbezüglich einmal mehr herausgestellt. „Es bedarf eigentlich einer Reform des Zuwendungsrechts“ – resümierte Dr. Serge Embacher vom Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement in diesem Zusammenhang (Abschluss).

Mit dem von Ullrich Böttinger vorgestellten Präventionsnetzwerk im Ortenaukreis (Forum 1) zeigte sich neben der Diskussionen um fehlende oder schwer erreichbare Mittel aber auch ein gutes Beispiel, wie mithilfe von Fördermitteln aus dem Präventionsgesetz das eigene Engagement auf sichere Beine gestellt werden konnte.

Abschluss

Leuchtturmprojekte, Problemlagen und wichtige Eindrücke der Satellitentagung Land in Sicht II. sind hier nur angeschnitten – die Dokumentation gibt einen spezifi-

„Der Austausch, über den eigenen Tellerrand hinaus. Man muss nichts neu erfinden, oft wurde es woanders schon durchgespielt – da helfen solche Begegnungen sehr und können wertvolle Impulse liefern.“

Teilnehmerin der Satellitentagung



Christoph Gilles, Dr. Ursula von Rüden und Stefan Pospiech auf der Satellitentagung 2019 „Land in Sicht II“

schen Einblick, der Besuch der Veranstaltung selbst hingegen bietet das größte Potential:

„Konkrete Themen, wie z. B. über „Dorfkümmerer“, interessieren mich sehr. Und Leute auch hier zu treffen, zu netzwerken – das bringt immer viel.“

Teilnehmerin der Satellitentagung

Auch hier ist es die Begegnung, die im Vordergrund steht, um von gewinnbringenden Netzwerken, beispielhaftem Austausch und neuen Bekanntschaften profitieren zu können. Somit gelang es der Satellitentagung auch 2019, der Vielfalt ländlicher Räume und deren Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung eine Bühne zu geben, um deutlich zu machen, welche Potentiale diese Orte für Gesundheit und sozialen Zusammenhalt bieten. Und was bleibt hängen?

Das fragte sich auch Christoph Gilles von der Koordinationsstelle Kinderarmut im LVR-Landesjugendamt Rheinland und kam in seinem Abschlussbeitrag zu dem Schluss: „Hängen bleibt das, wo Emotionalität und Fachlichkeit zusammenkommen!“

Ein schönes Fazit, denn genau das war es, was einem an diesem Tag spürbar begegnete.

*Karoline Zahn
Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.*

Dieser Text erschien zuerst auf der Website des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/orte-der-begegnung.

Eine ausführliche Dokumentation der Satellitentagung 2019 finden Sie ebenfalls dort.

| Ohne Druck kein Ruck

Wie kann Public Health mehr politischen Einfluss erreichen?

Reichen Daten oder muss die Wissenschaft selbst aktiver werden?

FACHFORUM 112



Impressionen aus den Workshops, Kongress Armut und Gesundheit 2019

Der Einfluss von Public Health auf die Politik muss steigen – darüber besteht weitgehend Konsens. Aber wie? Reicht es, allein durch Daten und Analysen die Politik – hoffentlich – zu überzeugen? Oder kann man aktiver werden und sollte es auch, als anwaltliche Vertretung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen? Diese Fragen diskutierte das Fachforum „Ohne Druck kein Ruck – Wie Public Health in Deutschland lauter werden kann“ auf dem Kongress Armut und Gesundheit.

Am Beispiel Diabetes erläuterte Prof. Dr. Rüdiger Landgraf, ehemaliger Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), warum gerade die Zivilisationskrankheiten auch eine gesellschaftliche Herausforderung sind. Bis 2040 wird es in Deutschland 10 bis 12 Millionen Menschen mit Typ-2-Diabetes geben. Dabei wäre ein Großteil der Risikofaktoren für diese Krankheit vermeidbar, etwa energiereiche Nahrung, Rauchen oder übermäßiger Alkoholkonsum. „Aber die Patientinnen und Patienten haben schlechte Chancen, das im Alltag umzusetzen“, sagt Landgraf. Etwa, weil sie nicht auf einen Blick erkennen können, wie gesund oder ungesund ein Lebensmittel ist. Und weil Ungesundes überall verfügbar und oft billig ist. Dr. Thomas Fischbach, Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), erläuterte, warum sich sein Verband explizit auch eine „politische Kinder-

und Jugendmedizin“ auf die Fahnen geschrieben hat: „Wir haben durch die Vorsorgeuntersuchungen Zugang zu allen sozialen Schichten, und wir erfahren auch viel.“ Dabei sei Armut ein klarer Risikofaktor für Kinder, gesundheitliche Einschränkungen zu entwickeln. So hat ein Junge aus einer sozial schwachen Familie in Deutschland das 4,4-fache Risiko, eine Adipositas zu entwickeln wie ein Junge aus einer wohlhabenden Familie. Der BVKJ fordert unter anderem eine einfache Kennzeichnung von Lebensmitteln und eine Besteuerung zuckerhaltiger Getränke. „Ohne Druck“, so Fischbach, „wird es keinen Ruck für Gesundheit geben.“

DDG-Geschäftsführerin Barbara Bitzer stellte auf dem Forum vor, mit welchen Strategien die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) ein wissenschaftliches Gegengewicht zur „Ungesundheits“-Lobby bildet. „Nach unserer Erfahrung schließen sich Druck und Überzeugungsarbeit dabei nicht aus. Im Gegenteil: Beides verstärkt sich.“

Das Beispiel Chile

Was möglich wäre, wenn die Politik entschlossen handelt, zeigt das Beispiel Chile, das der Politikwissenschaftler Tim Dorlach von der Universität Koç in Istanbul erforscht: In dem südamerikanischen Land müssen Produkte mit hohem Zucker-, Fett oder Salzgehalt seit 2016 schwarze Warnhinweise in Stoppschildform auf der Vorderseite der Verpackung tragen. Diese Produkte dürfen tagsüber nicht im Fernsehen beworben und nicht an Kinder vermarktet werden. Politisch möglich wurde dies, weil sich ein engagierter Wissenschaftler und ein Politiker gemeinsam dafür einsetzten. „In der Kommunikation wurde von Beginn an ein Schwerpunkt auf den Schutz von Kindern gelegt“, berichtet Dorlach, „das hat es deutlich schwerer gemacht, gegen die Maßnahmen zu argumentieren.“

Heike Dierbach

Referentin Politik & Kommunikation

Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK)



DANK

Deutsche Allianz
Nichtübertragbare
Krankheiten

Nichtübertragbare Krankheiten sind weltweit die häufigste Ursache für verlorene Lebensqualität und vorzeitigen Tod. Die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) hat sich 2010 zusammengeschlossen, um sich für bevölkerungsweite Maßnahmen der Verhältnisprävention in Deutschland einzusetzen. Näheres unter www.dank-allianz.de.

Auf dem Weg zu einer Public Health-Strategie für Deutschland

Das Zukunftsforum Public Health auf dem Kongress Armut und Gesundheit

Deutschland braucht eine nationale Public Health-Strategie. Ausgehend von dieser These stellte das Zukunftsforum Public Health (ZfPH) seine Überlegungen für eine Strategieentwicklung in einem Fachforum beim Kongress Armut und Gesundheit 2019 zur Diskussion. Durch eine solche Strategie soll die Gesundheit der Bevölkerung verbessert und Gesundheit als Querschnittsthema im politischen Diskurs verankert werden. Weiteres Ziel einer Public Health-Strategie ist es, möglichst viele Akteurinnen und Akteure der Public Health-Community zusammenzubringen, um die vielfältigen Aktivitäten zu einer gemeinsamen Agenda zu verbinden und so deren Wirksamkeit zu erhöhen. Adressatinnen und Adressaten sind neben der Public Health-Community auch Vertreterinnen und Vertreter aller Politikbereiche, ganz im Sinne des „Whole of Government“-Ansatzes, wie er im Konzept von „Health in All Policies“ beschrieben wird.

Road Map „Mehr Gesundheit für alle“

Aufbauend auf den Aktivitäten der vergangenen zwei Jahre hat das ZfPH in der Road Map „Mehr Gesundheit für alle“ den Weg hin zu einer Public Health-Strategie skizziert. Die WHO Europa hat die folgenden zehn Public Health-Kernbereiche definiert:

- Surveillance und Monitoring,
- Krisenplanung und Krisenreaktion,
- Gesundheitsschutz,
- Arbeitssicherheit und Patientensicherheit,
- Gesundheitsförderung,
- Prävention,
- Governance,
- Ausbildung und Personal,
- Struktur und Finanzierung,
- Information und Kommunikation sowie
- angewandte Forschung.

Auf dieser Grundlage sollen die Situation von Public Health in Deutschland evaluiert, Ziele zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit definiert und mögliche Wege dorthin aufgezeigt werden. Das Ergebnis soll ein High-Level-Dokument sein, das Leitlinien zur Bearbeitung relevanter Themen auf allen föderalen Ebenen empfiehlt. Damit die Strategie erfolgreich umgesetzt werden kann, ist es wichtig, die gesamte Public Health-Fachgemeinschaft, politische Entscheidungsträgerinnen und -träger und die weitere Öffentlichkeit in den Entscheidungsprozess einzubinden. Aus dem gleichen Grund



Dr. Svenja Matusall im Fachforum 106, Kongress Armut und Gesundheit 2019

muss der Prozess transparent sein, d.h. es muss für alle Beteiligten, aber auch für Außenstehende nachvollziehbar sein, wie die Strategie entwickelt wurde und wer beteiligt war.

Diskussion im Plenum

Das Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit kommentierte die Pläne des ZfPH und forderte ein, die Strategieentwicklung systematisch vorzubereiten, sowohl durch die Kartierung relevanter Akteurinnen und Akteure als auch durch die Systematisierung bereits vorhandener Evidenz für Public Health-Maßnahmen.

In der anschließenden Plenardiskussion zeigte sich das Auditorium dem Projekt gegenüber grundsätzlich aufgeschlossen und ergänzte Aspekte, die eine Public Health-Strategie aufgreifen müsse. So wurde betont, dass Public Health und Global Health zusammengedacht werden müssten und die Rolle von Public Health-Governance in den Mittelpunkt der Strategieentwicklung gerückt werden müsse. Einigkeit herrschte darüber, dass die Politik von dem Vorhaben überzeugt werden müsse und dass dieser Aspekt in der Strategie eine zentrale Bedeutung haben müsse.

Dr. Svenja Matusall
Geschäftsstelle des Zukunftsforums Public Health

Das Zukunftsforum Public Health ist ein lockerer Zusammenschluss von Organisationen und Personen aus dem Public Health-Bereich. Seit 2017 wird es durch eine Geschäftsstelle unterstützt, die am Robert Koch-Institut angesiedelt ist.

Nähere Informationen finden sich unter <https://zukunftsforum-public-health.de>.

Deutschlands Engagement in globaler Gesundheit

Was kann die Wissenschaft beitragen?

FACHFORUM 016

Dr. Stefan Kohler ist Sprecher des Fachbereichs Global Health der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH). Beim Kongress Armut und Gesundheit 2019 organisierte er den DGPH-Workshop „Deutschlands Engagement in globaler Gesundheit – was kann die Wissenschaft beitragen?“ Dieser Beitrag ist sein persönlicher Rückblick.

Auf dem Weg zu einer neuen globalen Gesundheitsstrategie

Die Regierung der Bundesrepublik Deutschland erarbeitet derzeit, wie im Koalitionsvertrag 2018 festgelegt, eine neue Strategie zu globaler Gesundheit. Vertreterinnen und Vertreter der Zivilgesellschaft, Wirtschaft, Wissenschaft, von Think Tanks und des Nachwuchses haben in eingeladenen Positionspapieren, die im September 2018 an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übergeben wurden, Prioritäten und Prinzipien für die neue globale Gesundheitsstrategie angeregt. Akteursgruppenübergreifend wurden u. a. folgende Grundsätze für das Engagement der Bundesregierung in der globalen Gesundheit, benannt:

- Evidenzorientierung
- Wissenschaftsbasierung (Entscheidung nach Nachweis von Bedarf und Bedürfnissen, Wirksamkeit und Kosteneffizienz)
- Faire, transparente und evidenzinformierte Entscheidungsprozesse

Am DGPH-Workshop „Deutschlands Engagement in globaler Gesundheit – was kann die Wissenschaft beitragen?“ nahmen Akteurinnen und Akteure aus Politik (Björn Kümmel, BMG), Think Tanks (Maïke Voss, Stiftung Wissenschaft und Politik) und Wissenschaft (Prof. Dr. Kayvan Bozorgmehr, Universität Bielefeld & Jan Stratil, Ludwig-Maximilians-Universität München) teil. Sie führten in Hintergründe und Sachstand der neuen globalen Gesundheitsstrategie der Bundesregierung ein. Im Anschluss wurde diskutiert, was und wie die Wissenschaft zum Erreichen der in den Positionspapieren formulierten Grundsätze beitragen kann. Als konkretes Forschungsbeispiel floss ein Vortrag (Jan Stratil) zur weltweiten Entwicklung der gesundheitlichen Ungleichheit seit 1990 in die Diskussion mit ein.

Wachsendes Engagement Deutschlands in der globalen Gesundheit

Die Teilnehmenden des Panels stellten dar, wie globale Verantwortung sowie Zusammenhänge von globalen und lokalen Herausforderungen das zunehmende Engage-

„Deutschland wird eine Strategie zur globalen Gesundheitspolitik erarbeiten, um noch stärker seiner internationalen Verantwortung gerecht zu werden. Schwerpunkte werden die Gesundheitssicherheit und die Prävention von internationalen Pandemien sowie Stärkung von Gesundheitssystemen in Entwicklungsländern sein. Dafür werden wir internationale Kooperationen und strategische Partnerschaften weiter aufbauen und ausbauen. Außerdem gilt es, die WHO zu stärken, indem wir auch den Reformprozess in der WHO unterstützen.“

Koalitionsvertrag 2018 zwischen CDU, CSU und SPD.
<https://web.archive.org/web/20190614154924/https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/koalitionsvertrag-zwischen-cdu-csu-und-spd-195906>.

ment Deutschlands in der globalen Gesundheit nicht nur motivieren, sondern auch erfordern. Es wurde auch besprochen, dass internationale Partner Deutschland zunehmend in einer Führungsrolle im Politikfeld globale Gesundheit sehen. Daran anschließend wurde aufgezeigt, dass einer Strategie zur globalen Gesundheit, wie es sie in anderen Ländern (z. B. Schweden, Schweiz, USA oder Vereinigtes Königreich) bereits gibt, die wichtige Aufgabe zukomme, vorausschauend Prioritäten und Grundsätze für Deutschlands Engagement in der globalen Gesundheit zu setzen. Diese Prioritäten und Grundsätze sollen wiederum die nationale und internationale Zusammenarbeit und Aufgabenteilung zum Erreichen der Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs), welche die Vereinten Nationen in der Agenda 2030 vereinbarten, unterstützen.

Bedarf an und Nutzen von Wissenschaft und Forschung zu globaler Gesundheit in Deutschland

Deutlich wurde im Workshop, wie zuvor in den Positionspapieren zur neuen globalen Gesundheitsstrategie, dass Wissenschaft und Forschung, die universitär und außeruniversitär stattfinden, eine zentrale Rolle für das Engagement Deutschlands in der globalen Gesundheit zugesprochen wird. Um diese Rolle wahrzunehmen, wurden

„Gesundheit ist gleichzeitig Ziel, Voraussetzung und Ergebnis von nachhaltiger Entwicklung. Ihre Förderung ist ein Gebot der Menschlichkeit – sowohl in den Industrie- als auch in den Entwicklungsländern. [...] Deutschland übernimmt dafür Verantwortung: Die jährliche Unterstützung für den Gesundheitssektor wurde in den vergangenen Jahren immer weiter gesteigert – auf zurzeit mehr als eine Milliarde Euro im Jahr. Deutschland ist damit der weltweit drittgrößte [staatliche] Geber im Gesundheitsbereich.“

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) 2019.

<https://web.archive.org/web/20190614155157/http://www.bmz.de/de/themen/gesundheit/index.html>

und Kontext über Staatsgrenzen hinaus und/oder weltweit zu untersuchen. Deshalb sollte die fächer-, aktorsgruppen- und länderübergreifende Zusammenarbeit in Deutschland gemeinsam mit dem Engagement Deutschlands im Bereich der globalen Gesundheit zunehmen.

„Angesichts begrenzter Ressourcen müssen alle gesundheits- und entwicklungspolitischen Programm- und Verteilungsentscheidungen auf belastbarem Wissen beruhen. Was gesetzliche Vorgabe der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung in Deutschland ist, nämlich Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der eingesetzten Verfahren zu prüfen, muss auch Grundsatz in der globalen Gesundheitszusammenarbeit sein.“

Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) 2018. Neue Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit: Positionspapier der Wissenschaft

die Verstärkung des Austauschs zwischen Wissenschaft und anderen Akteursgruppen, ein Ausbau interdisziplinärer, wissenschaftlicher Arbeitsstrukturen und eine stärkere Präsenz von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus Forschungseinrichtungen in Deutschland bei internationalen Diskursen im Themenfeld globale Gesundheit angeregt.

Als Beispiele, wie Wissenschaft Entscheidungen und Maßnahmen in der globalen Gesundheitspolitik Deutschlands begründen, begleiten oder bewerten kann, wurden benannt:

- Untersuchung aktueller und zukünftiger Bedarfe in der globalen Gesundheit
- Identifikation von Prioritäten in der globalen Gesundheit
- Entwicklung globaler Gesundheitsmaßnahmen und globaler Gesundheitsprogramme
- Pilotierung globaler Gesundheitsmaßnahmen
- Evaluation globaler Gesundheitsmaßnahmen
- Analysen globaler Gesundheitspolitik
- Aufbau und Vorhalten von Fachwissen zu globalen Gesundheitsfragen

Fazit und Ausblick

Es gibt eine breite wissenschaftliche Expertise in Deutschland. Diese bietet eine Chance für ein evidenzinformiertes Engagement Deutschlands im fächerübergreifenden Themenfeld der globalen Gesundheit. Neben der Beschreibung globaler gesundheitlicher Entwicklungen oder der Erforschung und Entwicklung von Herangehensweisen und Technologien kann Wissenschaft grundsätzlich sämtliche Schritte eines Engagements in der globalen Gesundheit begleiten (z. B. durch Bedarfsanalysen, Priorisierungsstudien, Machbarkeitsstudien, Pilotstudien, Wirksamkeitsbewertungen, Kosten-Nutzen-Untersuchungen, Wissenschaftskommunikation). Wissenschaftliche Forschung und Ausbildung in globaler Gesundheit erfordern, Gesundheit, Gesundheitssysteme

„Entscheidungen bezüglich Gesundheit sollten sich auf den bestverfügbaren Nachweis stützen, der sowohl den Bedarf, die Wirksamkeit als auch die Kosten von gesundheitsrelevanten Interventionen untersucht, einordnet und bewertet. Um diese Nachweise über Kausalketten und Zusammenhänge im Bereich der Globalen Gesundheit zu erstellen, ist eine multidisziplinäre, intersektorale und vor allem eine internationale und partnerschaftliche Forschung und Politikberatung notwendig.“

Institut für Globale Gesundheit Berlin. 2018. Positionspapier der Think Tank Gruppe für die Globale Gesundheitsstrategie der Bundesregierung

„Als erstes Leitprinzip sollte die Bundesregierung eine Etablierung von fairen, transparenten und Evidenz-informierten Entscheidungsprozessen als primäres Merkmal von Aktivitäten im Bereich Globaler Gesundheit anstreben. [...] Dieses Prinzip sollte sowohl für Diskussionen und Entscheidungen zu konkreten Interventionen in den Lebenswelten, wie auch für solche auf einem (regionalen/nationalen) Policy-level gelten.“

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) 2018. Position der Jugend zu der neuen Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit

Alle fünf eingeladenen Positionspapiere zur Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit können unter folgendem Link abgerufen werden: <https://web.archive.org/web/20190614155242/https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2018/september/globale-gesundheitspolitik.html>.

Der 7. Altenbericht und die Mühen der Ebene

Kommunale Verantwortung und Mitbestimmung – Standortbestimmung und Lösungsansätze?

Der 7. Altenbericht unter der Überschrift „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ versteht sich ausdrücklich als politischer Bericht. Eine wichtige Fragestellung an alle drei politischen Ebenen (Kommune, Land, Bund) betrifft deren gemeinsame Verantwortung für die nachhaltige Sicherung kommunaler Ressourcen. Eine wichtige Empfehlung lautet daher, den Kommunen im Sinne einer „verörtlichten Sozialpolitik“ größeren Einfluss bei der Ausgestaltung ihrer Infrastruktur der Daseinsvorsorge einzuräumen. Er fordert den Ausbau und die Verstetigung von Altenhilfestrukturen, um eine integrierte, lokal angepasste kommunale Politik mit älteren und für ältere Menschen verpflichtend abzusichern.

Diese Zielsetzung wird von der Volkssolidarität des Landes Berlin, einem großen Sozial- und Wohlfahrtsverband mit ca. 14.500 Mitgliedern, begrüßt und unterstützt. Unsere Mitglieder sind in über 200 Ortsgruppen organisiert, die ehrenamtlich Veranstaltungen durchführen und Nachbarschaftshilfe leben. Gegründet wurde die Volkssolidarität 1945, um Menschen in Not zu helfen.

Ausgangspunkt: Lebenswirklichkeiten älterer Menschen

Im Rahmen des diesjährigen Kongresses Armut und Gesundheit unter dem Motto „POLITIK MACHT GESUNDHEIT“ haben wir über die Auswirkungen des 7. Altenberichtes und seine 45. Empfehlungen für die Daseinsvorsorge und Mitverantwortung älterer Menschen in der Praxis berichtet. Ausgangspunkt waren die Lebenswirklichkeiten älterer Menschen in ihren Kiezen sowie die Formen der Mitbestimmung und Teilhabe an kommunalen Entscheidungen. Um mehr zu erfahren, haben wir Runde Tische in unterschiedlichen Kiezen in Berlin veranstaltet, zu denen wir verschiedene Akteure aus dem Sozialraum (beispielsweise aus den Verwaltungen der Bezirksämter, aus Vereinen, Organisationen, Seniorenvertretung etc.), unsere Mitglieder sowie Bürgerinnen und Bürger aus dem Kiez eingeladen haben. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Intransparenz von Verwaltungshandeln, Barrieren in der Mobilität, die Grenzen gesundheitlicher Versorgung, aber auch die vielen Möglichkeiten sozialer Teilhabe und Mitbestimmung besonders häufig angesprochen wurden. Die demonstrierte Bereitschaft zum Dialog auf Seiten der Verantwortlichen kann aber bisher nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich unsere Erwartungen auf erkennbare Aktivitäten bisher nicht erfüllt haben.



Impressionen vom Markt der Möglichkeiten auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2019

Erfreulich: Kommune erfährt wachsende politische Aufmerksamkeit

Wir wollten über Berlin hinaus mit Interessierten Erfahrungen aus dem kommunalen Alltag austauschen und Anregungen für Ansätze mitnehmen, die die gesellschaftliche Einbindung Älterer im partizipativen Prozess voranbringen. Die von uns beschriebenen Mühen der Ebene tauchten in vielen Spielarten auch anderswo auf. Die Teilnehmenden stellten jedoch fest, dass in jüngerer Zeit die Kommune als wichtiger und entscheidender Lebensort im Alter eine wachsende politische Aufmerksamkeit erfährt. So gibt es beispielsweise die Seniorenmitwirkungsgesetze auf Länderebene oder bezirkliche Altenhilfekoordinatorinnen und -koordinatoren in Berlin. Ein Teilnehmer berichtete, wie er in seiner Funktion als Bürgermeister seinen Ort in Rheinland-Pfalz strukturell als sorgende Kommune (sozial, ökonomisch, ökologisch) generationsübergreifend ausgerichtet hat. Er verwies dabei auf das Präventionsgesetz von 2015, durch das Maßnahmen auf kommunal-politischer Ebene gefördert werden, die die Lebensqualität der Bürger und Bürgerinnen erhöhen. Eine andere Teilnehmerin berichtete, dass in den letzten Jahren Mittel aus den Pflege- und Krankenkassen in die Kommunen gelenkt wurden, um z.B. das Quartiersmanagement zu unterstützen.

Aus anderen Beiträgen wurde ferner deutlich, dass es bereits verschiedene Ansätze von Bürgerbeteiligungsformaten gibt. Akteure der Zivilgesellschaft schaffen dafür die Rahmenbedingungen, wobei der Wunsch nach Gemeinschaft im Vordergrund steht. Es gilt die soziale Teilhabe und Mitbestimmungsmöglichkeiten der Bürge-

rinnen und Bürger zu wecken, sie dabei zu unterstützen, durch ihr Engagement mitzuwirken, ein gutes Leben für alle vor Ort zu ermöglichen. Die lokalen Bedingungen sind jedoch sehr unterschiedlich (ländlicher versus städtischer Raum etc.). Sie weisen eine hohe Komplexität auf und Grenzen der Umsetzbarkeit sind schnell erreicht.

Kommunen als steuernde Kraft vor Ort

Kommunen sind die steuernde Kraft vor Ort, die Strukturen zusammenbringen, um verschiedene Angebote und Leistungen zu koordinieren. Deshalb müssen sie aufgewertet und finanziell gestärkt werden. Und Kommunen sind dem Gemeinwohl verpflichtet. Dennoch hängt die Art und Weise der Umsetzung immer noch von individuellen Entscheidungen der kommunalen Entscheidungsträgerinnen und -träger ab. Die Politik zeigte bisher nur wenig Interesse, ein Altenhilfestrukturegesetz auf Bundesebene gesetzlich zu verankern. Das ist jedoch die Voraussetzung, um Health in all Policies zu ermöglichen. Es braucht eine integrierte, lokal angepasste kommunale Politik, die auf die Bedürfnisse aller Bürgerinnen und Bürger ausgerichtet ist.

„Caring Communities“

Jeder Mensch möchte so selbstbestimmt und gut wie möglich im Alter leben. Im 7. Altenbericht ist die „Caring Community“ als eine sorgende Gemeinschaft beschrieben,

die kulturell und infrastrukturell Bedingungen guten Lebens vor Ort bereithält und gleichzeitig nach dem Subsidiaritätsprinzip die Aufgaben zwischen Staat und Familie teilt. Soziale Teilhabe und Engagement älterer Menschen tragen dazu bei, für ein Gemeinwohl aller zu sorgen und gleichzeitig präventiv für die eigene Gesundheit und das eigene Wohlbefinden zu sein. Jedoch bewirken fehlende Strukturen und die Spar- und Kürzungsmaßnahmen in den Kommunen auch, dass kommunale und staatliche Pflichtaufgaben durch bürgerschaftliches Engagement ausgeglichen werden sollen.

Als Fazit ist festzuhalten, dass nur der Druck auf die Verwaltungen und politischen Verantwortungsträger im Bund, in den Ländern und Kommunen zu einer Veränderung führt. Eine gesetzliche Entscheidung für die Festbeschreibung verbindlicher Altenhilfestrukturen kann die Weichen dafür stellen, dass die Kommunen ihrem Auftrag, für ein gutes und damit auch gesundes Leben im Alter für alle Generationen zu sorgen, gerecht werden.

Claudia Foltin

*Volkssolidarität Landesverband Berlin e. V.,
Leiterin Region Süd*

Kontakt: claudia.foltin@volkssolidaritaet.de

POLITIK
MACHT
GESUNDHEIT
GENDER
IM FOKUS

ARMUT UND GESUNDHEIT 2020
Der Public Health-Kongress in Deutschland
08. bis 10. März 2020, Technische Universität Berlin

Mit dem Motto „POLITIK MACHT GESUNDHEIT. GENDER IM FOKUS“ knüpfen wir an die Diskussionen der letzten Jahre um den Health in All Policies-Ansatz und die politischen Gestaltungsspielräume an. Die zeitliche Nähe zum Internationalen Frauentag am 8. März nehmen wir zudem zum Anlass, genderspezifischen Fragestellungen eine besondere Aufmerksamkeit im Programm einzuräumen.

Dies werden wir einweben in die weiterhin notwendige Auseinandersetzung mit der übergreifenden These: Die aktuellen Ungleichheiten in Gesundheitschancen sind sozial bedingt. Wir können diesen nur gesamtgesellschaftlich und ressortübergreifend begegnen. Wie kann aus der erdrückenden Evidenz konsequentes politisches und gesamtgesellschaftliches Handeln werden? Und: Wann findet der Health in All Policies-Ansatz Anwendung im politischen Handeln?

Nähere Informationen finden sich unter www.armut-und-gesundheit.de.

„Ordnungspolitik in all Policies?!“

Der Zugang von Menschen ohne Papiere zur medizinischen Versorgung

FACHFORUM 119

Menschen ohne rechtlich geregelten Aufenthaltsstatus (im Folgenden: ohne Papiere) haben in Deutschland de facto keinen Zugang zum regulären Gesundheitssystem. Ihnen steht zwar eine medizinische Grundversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zu (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. § 4 AsylbLG), allerdings sind sie aufgrund der bestehenden gesetzlichen Übermittlungspflichten öffentlicher Stellen (§ 87 Aufenthaltsgesetz) von Abschiebung bedroht, wenn sie eine medizinische Versorgung tatsächlich in Anspruch nehmen wollen. Der politische Diskurs zum Umgang mit diesen Zugangsbarrieren ist gegenwärtig stärker von sicherheitspolitischen Interessen (wie der Feststellung der Identität, Abschiebung und Abschreckung) als von menschenrechtlichen Verpflichtungen geprägt.

Die Bundesarbeitsgruppe (BAG) Gesundheit/Illegalität¹ präsentierte in ihrem diesjährigen Fachforum Maßnahmen auf verschiedenen Politikebenen, die dazu beitragen können, dieser „Ordnungspolitik in All Policies“ einen Health in All Policies-Ansatz entgegenzustellen. Vorgestellt wurden aktuelle praktische und politische Ansätze auf kommunaler, Länder-, nationaler und internationaler Ebene, mit denen sich zivilgesellschaftliche Akteure für die Umsetzung des Rechts auf Gesundheit einsetzen.

Prof. Dr. Anja Dieterich, Diakonie Deutschland, Koordination der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität,

Christiane Gollin und **Elène Misbach**, Medibüro Berlin – Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen,

Dr. Maren Mylius, Medinetz Hannover,

Carolin Ochs, Clearingstelle der Stadtmission Berlin,

Dr. Johanna Offe, Ärzte der Welt,

Mirjam Schülle, Kampagne Gesundheit für Geflüchtete und MediNetz Bielefeld

Trennung von ordnungs- und sozialpolitischem Auftrag des Staates

Aus den Erfahrungen auf nationaler Ebene mit der bundespolitischen Lobby-Arbeit der BAG Gesundheit/Illegalität (Prof. Dr. Anja Dieterich) wurde berichtet, dass im Rahmen der jüngsten politischen Debatten um Mi-

gration und Flucht die Personengruppe der Menschen ohne Papiere aus der öffentlichen Wahrnehmung zu geraten droht und dass sicherheitspolitische Priorisierungen verstärkt wurden. Die BAG setzt sich als Initiative aus dem Gesundheitswesen für eine stärkere Trennung von ordnungspolitischem und sozialpolitischem Auftrag des Staates, d.h. auch der Trennung von Gesundheitsversorgung und migrationspolitischen Erwägungen ein: „*ein aufenthaltsrechtliches Clearing kann Monate dauern – aber eine akute Pneumonie muss sofort und ungehindert behandelt werden können!*“. Sie plädiert für eine Abschaffung der Übermittlungspflicht für den Gesundheitsbereich und die bundesweite Einrichtung von staatlich finanzierten Clearingstellen.



Dr. Johanna Offe spricht beim Fachforum 119 „Zugang von Menschen ohne Papiere zur medizinischen Versorgung“ auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2019

Praxis lokaler Hilfsangebote: langer Atem, zahlreiche Rückschläge

Die Praxis lokaler Hilfsangebote und Projekte auf Bundesland-Ebene unter verschiedenen politischen Rahmenbedingungen wurde anhand mehrerer Beispiele vorgestellt: Das Projekt Anonymer Krankenschein Niedersachsen (Dr. Maren Mylius), das Medibüro Berlin (Christiane Gollin und Elène Misbach) und die Clearingstelle der Stadtmission Berlin (Carolin Ochs) berichteten von ihren praktischen und politischen Ansätzen und den Auswirkungen der politischen Rahmenbedingungen auf die Handlungsspielräume und Sachzwänge ihrer Arbeit vor Ort. Es wurde deutlich, dass regionales Engagement hier mit einem „langen Atem“ und vielen Rückschlägen verbunden ist, aber dennoch für die betroffenen Patient*innen unverzichtbar und auch durchaus erfolgversprechend für die Mitgestaltung politischer Rahmenbedingungen auf subnationaler Ebene sein kann.

Zivilgesellschaftliche Beteiligung in UN-Verfahren

Schließlich wurde die internationale politische Ebene am Beispiel der Möglichkeiten zivilgesellschaftlicher Beteiligung in UN-Verfahren verdeutlicht (Dr. Johanna Offe, Ärzte der Welt). Über 40 zivilgesellschaftlichen Organisationen haben 2018 einen Parallelbericht beim UN-Menschenrechtsausschuss zur Kontrolle des UN-Sozialpakts eingereicht, in dem Deutschland sich zur Umsetzung des Rechts auf Gesundheit verpflichtet hat. Der Ausschuss hat daraufhin klare Kritik an der Bundesregierung geübt. Anhand dieses Beispiels wurden Handlungsspielräume zur Stärkung menschenrechtsbasierter Gesundheitspolitik vorgestellt und reflektiert.

BAG Gesundheit/Illegalität

Die BAG Gesundheit/Illegalität tritt als Initiative von Sachverständigen im Gesundheitswesen seit über 10 Jahren für einen ungehinderten Zugang zum regulären Gesundheitssystem für alle in Deutschland lebenden Menschen, unabhängig von Herkunft und Aufenthaltsstatus ein. Viele der Mitgliedsorganisationen leisten seit vielen Jahren notdürftig humanitäre medizinische Hilfe für unversorgte Menschen ohne Papiere – jedoch aus medizinischer Sicht unzureichend und nicht flächendeckend. Aktuelle Veröffentlichungen der BAG sind hier zu finden: info.diakonie.de/gesundheitsversorgung-fuer-menschen-ohne-papiere

Klima und Gesundheit

Erstmals wurde in 2019 auch das Thema Klima und Gesundheit im Rahmen zweier Panels behandelt



Die KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit richtete eine Podiumsdiskussion aus (Fachforum 091).

Eine Zusammenfassung der Diskussionen im Panel 069 stellte Prof. Dr. Sabine Gabrysch im Rahmen der Online-Dokumentation zur Verfügung. Gabrysch hat seit diesem Jahr die bundesweit erste Universitätsprofessur für Klimawandel und Gesundheit an der Charité – Universitätsmedizin inne.

Zentrale Ergebnisse der Diskussion:

1. Die Menschheit ist gerade dabei, ihre eigene Zukunft auf dem Planeten zu zerstören: Klimawandel, Artensterben, Verschmutzung von Luft, Wasser und Böden.
2. Es ist die allergrößte Bedrohung für die menschliche Gesundheit, die man sich vorstellen kann, ein medizinischer Notfall planetaren Ausmaßes.
3. Gleichzeitig haben wir ein enormes Gerechtigkeitsproblem. Millionen Menschen leben in extremer Armut, tragen kaum zum Klimawandel bei, leiden aber stark darunter.
4. Wir brauchen dringend eine große Transformation unserer Gesellschaften basierend auf dem Verständnis, dass wir ein Teil der Natur sind und unser Wohlergehen von ihr abhängt.
5. Das bedeutet keinen Verzicht, sondern sogar einen Gewinn an Lebensqualität und Lebenslust, eine Rückbesinnung auf was uns wirklich wichtig ist.

Recht auf Gesundheit für Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation

Forderungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) e. V. zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation

FACHFORUM 030

Wohnungslose und von Wohnungsnot betroffene Menschen zählen zu einer gesundheitlich hoch belasteten Bevölkerungsgruppe, die von der regulären Gesundheits- und Krankenversorgung nahezu ausgeschlossen sind. Zahlreiche Barrieren erschweren den Zugang zum Regelsystem bzw. machen ihn unmöglich. Dazu zählen u.a. die Kostenbeteiligung der Patienten und Patientinnen durch Zuzahlungen, Krankenkassenbeitragsschulden und ungeklärte Krankenversicherungsverhältnisse.

Es braucht daher bedarfsgerechte medizinische Angebote mit dem Ziel, den Weg in die Regelversorgung zu sichern.

Die niedrigschwelligen medizinischen Versorgungsangebote der Hilfen im Wohnungsnotfall sind häufig die einzige Möglichkeit für die Betroffenen, sich medizinisch behandeln zu lassen. Oft können sie aber nur eine Grundversorgung abdecken, die Weiterbehandlung ist meist nicht sichergestellt. Ebenfalls kaum abgedeckt ist eine niedrigschwellige psychotherapeutische, psychiatrische und suchtmmedizinische Versorgung. Deswegen verstehen sich diese Versorgungsangebote auch als Brücken in die Regelversorgung. Die Behandlungskontinuität spielt dabei eine entscheidende Rolle. Um diese existenz-

enzielle Versorgung leisten zu können, fehlt es an einer nachhaltigen Finanzierung und Absicherung von Projekten zur medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen. Viele werden durch ehrenamtliches Engagement und Spenden getragen. Projekte und Angebote, die regelhaft finanziert werden, stellen eine Minderheit dar.

Die BAG W ist eine bundesweite Arbeitsgemeinschaft der sozialen Dienste und Einrichtungen für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten nach § 67-69 Sozialhilfe Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) und der politischen, fachlichen und öffentlich-rechtlichen Institutionen, die mit und in diesem Helfefeld arbeiten. Die Rolle der BAG Wohnungslosenhilfe besteht darin, die übergreifenden Probleme und Grundsatzfragen der Wohnungslosenhilfe aufzugreifen und mit allen Beteiligten gemeinsame Lösungsstrategien zu erarbeiten. Seit 2019 ist die BAG W Mitglied im Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.

Nähere Informationen unter www.bagw.de.



Das Format der Posterpräsentationen beim Kongress Armut und Gesundheit 2019

Foto: André Wagenzik

Es braucht daher eine ausreichende und nachhaltige Finanzierung der medizinischen Versorgungsprojekte durch einen gemeinsamen Fonds von Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und öffentlicher Hand.

Am Beispiel der Elisabeth-Straßenambulanz in Frankfurt kann aufgezeigt werden, vor welchen aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen die medizinischen Projekte stehen (Daten und Zahlen aus der Jahresherhebung 2018 der Elisabeth-Straßenambulanz 2018):

- Männer nehmen die Angebote der medizinischen Projekte stärker wahr als Frauen. Der Frauenanteil liegt unverändert bei 18 Prozent. Es gibt einen deutlichen Anstieg der Patientinnen und Patienten mit Alter von 70 und älter; 13 Personen waren älter als 80 Jahre!
- Lediglich 21 Prozent aller Patientinnen und Patienten machten Angaben zu einem geregelten Leistungsbezug (z.B. nach dem ALG, Pension, Rente, Grundsicherung).
- Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten (51 Prozent) lebte in prekären Lebenslagen (auf der Straße = Platte, Winternotübernachtung, Autos, Garagen, Gartenhütten).
- Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit deutscher Staatsangehörigkeit ist in 2018 noch einmal gesunken und lag bei 26 Prozent gegenüber knapp 30 Prozent im Vorjahr.
- Es wurden insgesamt 1026 ausländische Patientinnen und Patienten aus 78 Nationen behandelt. Nach wie vor sind die Menschen aus Bulgarien und Rumänien die stärkste Gruppe.
- Bedrückend ist die Lage mit Blick auf illegalisierte Menschen im Krankheitsfall (2018 n= 44). In der Regel suchen sie selbst niedrigschwellige Hilfsangebote erst spät auf oder brechen Therapien aus Angst vor Verhaftung frühzeitig ab.

- Auch der Anteil an psychiatrischen Behandlungen nahm zu (um 40 Prozent) – ein Indikator für die hohe Akzeptanz dieses niedrigschwelligen Fachbehandlungsangebotes und das Engagement der ehrenamtlichen Fachärztinnen und -ärzte!

Zur Sicherstellung einer angemessenen und kontinuierlichen medizinischen Versorgung, die dazu beiträgt, das Menschenrecht auf Gesundheit zu realisieren, fordern wir den Zugang zur medizinischen Versorgung aller Menschen zu gewähren.

Es braucht ausreichende Sprachkompetenz in den Einrichtungen sowie die Einrichtung von Clearingstellen, um die schnellstmögliche Abklärung des Versicherungsstatus zu ermöglichen und damit eine medizinische Versorgung sicherzustellen.

Mit der Etablierung eines speziellen medizinischen Versorgungssystems soll eine Versorgungslücke geschlossen, nicht einem Substandard-System der medizinischen Versorgung Vorschub geleistet werden. Es besteht daher der Bedarf an repräsentativen Prävalenzstudien zu Zugangswegen, Erkrankungen und spezifischen Krankheitsbildern bei wohnungslosen Frauen und Männern und darauf bezogene Studien zu angemessenen Versorgungsprogrammen, Handlungsstrategien und präventiven Angeboten im Bereich Gesundheitsversorgung von Menschen in einer Wohnungsnotfallsituation. Dr. Maria Goetzens, Mitglied im Fachausschuss Gesundheit der BAG W, fasste es folgendermaßen zusammen: „Im Mittelpunkt stehen die Menschen, die sich uns anvertrauen und ihnen sind wir einer gesundheitlichen Versorgung auf höchstem Niveau verpflichtet“.

*Sabine Bösing
stellv. Geschäftsführung der BAG W e. V.*

Abschaffung des Paragraphen 219a

Im Fachforum 110 diskutierten ca. 100 Teilnehmende über den § 219a StGB. Ergebnis dieser Diskussion war die Verabschiedung eines gemeinsamen Statements, welches Sie hier in abgedruckter Form finden.

FACHFORUM 110

Statement des Fachforums „§ 219a StGB“

Eine deutliche Mehrheit der gut 100 Teilnehmenden des Fachforums erklären ihre Kritik am vorliegenden Gesetz zur Verbesserung der Informationen zum Schwangerschaftsabbruch. Dieses Gesetz wird in mehrfacher Hinsicht den fachlichen Erwartungen an sachliche, klientenorientierte und zeitgemäße Informationsrechte von Frauen und Ärztinnen und Ärzten nicht gerecht.

1. Es verwehrt nach wie vor Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, dem Informationsbedarf der Frauen entsprechend über ihre Leistungen zum Schwangerschaftsabbruch zu informieren und diskreditiert sie damit inhärent für dieses frauengesundheitlich bedeutsame Leistungsangebot.
2. Es erschwert den Frauen nach wie vor, die erforderlichen Informationen umfassend und aus einer Hand zu erhalten. Die avisierten „Listen“ können aufgrund der zu erwartenden Unvollständigkeit dem Informationsbedarf nicht gerecht werden.
3. Die willkürliche Erweiterung der Kostenübernahme für Verhütung von Frauen bis 22 Jahre verwundet in einem Gesetz zur Informationsverbesserung. Die Kostenübernahme für Kontrazeptiva braucht eine grundsätzliche rechtliche Regelung und steht insbesondere für sozial benachteiligte Menschen schon seit langem an.
4. Anstelle einer Studie zu „psychischen Folgen“ des Schwangerschaftsabbruchs zu beauftragen, fordern wir eine dringend notwendige Studie zu den quantitativen und qualitativen Aspekten der Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland sowie Konzepte zur Verbesserung der Versorgung (ganz im Sinne des „Staatsauftrages“ [BVG-Urteil von 1993] zur Sicherung des Zugangs zu Schwangerschaftsabbrüchen).
5. Es sollten/müssen Maßnahmen ergriffen werden, um Falschinformationen zum Schwangerschaftsabbruch ebenso entgegen zu wirken wie Belästigungen und Bedrohungen von Frauen, Ärztinnen und Ärzten durch „Gehsteigbelästigung“ und Veröffentlichung von Arztadressen auf Homepages von Abtreibungsgegnerinnen und -gegner.



Das Fachforum 110 zum § 219a war voll besetzt.

Wir sprechen uns im Einklang mit sehr vielen Fachverbänden in Deutschland, aber auch mit den Standards der WHO für die Akzeptanz der Rechte auf reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung und Gesundheit aus und fordern nach wie vor die Streichung des § 219a StGB.

Dr. Ulrike Busch stellte für die Online-Dokumentation 2019 einen Beitrag zur Verfügung, den Sie unter www.armut-und-gesundheit.de/ueber-den-kongress/dokumentation-2019/genderaspekte-in-public-health finden.

„Genese und aktuelle Situation zum § 219a StGB – ein Symptom gesellschaftlicher Verfasstheit“.

Auszug: „Sanktioniert wird der Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich als Straftat gegen das Leben – das, was Du tust, ist schlecht und nur in Ausnahmefällen und dann mit hohen Hürden versehen zu ermöglichen. Deshalb die zielorientierte Pflichtberatung und die Einschränkung der Informationsrechte. Reglementiert werden Frauen, Ärztinnen und Ärzte. Der Schwangerschaftsabbruch ist die einzige ärztliche Leistung, bei der derartiges geschieht.“

Für die Frauen, die mit den Folgen leben müssen und die Botschaft spüren, ist das Resultat: Scham, Schuldgefühle, Schweigen, Vereinzelung – aber auch aufkeimender Protest ... Und die Ärztinnen und Ärzte: tut man sich das an? Bietet man diese Leistung überhaupt noch an? Das Weigerungsrecht, an einem Schwangerschaftsrecht nicht mitwirken zu müssen (Schwangerschaftskonfliktgesetz § 12) tut sein Übriges – auch dies kennt man sonst in keinem medizinischen Bereich. “

„Wissenschaft verlässt den Elfenbeinturm“

Erster studentischer „Science Slam“ beim Kongress Armut und Gesundheit

Oft wird Wissenschaftler_innen vorgeworfen, an der Praxis vorbei zu forschen und aus ihrem eignen Elfenbeinturm nicht herauszutreten. Deutlich wird diese Realitätsferne oft auch bei Kongressen, bei denen das Fachpublikum unter sich bleibt. Das wollten wir ändern! Zeitgleich suchte das Kongress-Team nach neuen studentischen Formaten. Warum also nicht beides verbinden?

So war die Idee des studentischen Science Slams im Sommer 2018 geboren. Ein Novum – ein solches Format hat es auf dem Kongress noch nie gegeben! Mit aufgestellter Mannschaft wurden fleißig Inspirationen auf anderen Slams gesucht. Nachdem wir den Call for Abstracts versendet hatten, hieß es erstmal: auf Rückmeldungen warten. Diese kamen zahlreich. Und wir hatten die Qual der Wahl, wer beim Slam vortragen darf.

Mit der Versendung der Zusagen wurde es dann aber auch Ernst für uns: bei Mangolassi und Wan Tans in unserem Lieblingsrestaurant planten wir die weiteren Schritte: Dabei standen zunächst hinter allen Punkten Fragezeichen: Wer übernimmt die Moderation? Vorbereitungsworkshop, ja oder nein? Wie soll dieser aussehen? Wie regeln wir die Finanzierung etc.? Nach vielen Stunden Arbeit und ein paar grauen Haaren mehr, stand dann das Konzept.

Den nächsten Meilenstein bildete der Vorbereitungsworkshop am 08.02.19, bei dem wir erstmals auch die Slammer_innen und den Moderator Simon Hauser persönlich kennenlernen durften. Allen wurde schnell klar, dass es schwer werden würde, die Themen in ein Comedyformat zu pressen. Doch dank einiger angeleiteter Übungen und Expertise von Simon sowie einem regen Austausch nahmen die Beiträge schnell Gestalt an.

Und dann war es soweit: Donnerstag, der 14.3.2019. Und uns ging durch den Kopf: Halten die Leute nach einem langen Kongresstag durch? Kommen auch die Nichtkongressteilnehmenden so zahlreich wie angemeldet? Ja, sie kamen. Die Resonanz war überwältigend, der Hörsaal füllte sich immer mehr und die Nervosität bei allen Beteiligten stieg rasant. Nach der anregenden Anmoderation von Simon durften dann endlich die Slammerinnen auf die Bühne und in jeweils zehn Minuten das Werk ihrer wochenlangen Vorbereitungen präsentieren:

Es regnete Kondome. Märchen wurden erzählt. Barbie musste sich entscheiden, ob sie essen oder atmen will.

Ein sprechender Einkaufswagen erhielt einen Platz im Rampenlicht. Und auch die Katzenbilder wurden nicht ausgelassen.



Erstmals fand 2019 ein von den Studierenden der BSPH organisierter Science Slam statt, der mit ca. 400 Teilnehmenden gut besucht war.

„Das muss jetzt hier aber mal weg!“ Diskriminierungserfahrungen von Frauen mit der Diagnose Adipositas in der Gesundheitsversorgung

Elisa Gärtner | Hochschule Fulda

trans*Weiblichkeit_en und HIV-Prävention in Deutschland

Laurette Rasch | Charité – Universitätsmedizin Berlin

Genesung auf der Straße? – Chronische Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit bei obdachlosen Menschen

Fränze Neumann | Berliner Stadtmission

Das Märchen der Nicht-Erreichbarkeit – Wie wir Menschen mit Migrationshintergrund in Gesundheitsbefragungen besser einbinden können

Marleen Bug | Robert Koch-Institut

Kultursensible Gestaltung von Hilfsangeboten für die Jungs der ethnischen Gruppe der Roma in Berlin

Annika Heck

Es hagelte tosenden Applaus – nicht nur für die Qualität und Kreativität der Beiträge, sondern auch für den Mut der Studierenden, ihre sensiblen Abschlussarbeitsthemen auf eine solche große Bühne vor rund 400 Zuschauern gebracht zu haben. Wir sind stolz auf euch und hoffen auf ein Revival beim Kongress 2020.

Anna Irshad, Michelle Kutscher,
Katharina Klein und Claudia Czernik
Fachschaft der Berlin School of Public Health

Kontakt (BSPH): fsi-bsph@charite.de

Herausgeber:

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung
Friedrichstraße 231
10969 Berlin
Tel. 030-44 31 90-60
Fax 030-44 31 90-63
E-Mail: sekretariat@gesundheitbb.de
www.gesundheitbb.de

Wenn Sie den Info_Dienst **bestellen, abbestellen** oder eine **Adressänderung** angeben möchten, schreiben Sie bitte an sekretariat@gesundheitbb.de.

Redaktion:

Stefan Pospiech (V. i. S. d. P.),
Marion Amler, Julian Bollmann, Maren Janella,
Nicole Böhme, Astrid Matten

Auflage: 4.000

Satz und Layout:

Connye Wolff
www.connye.com

Bildnachweise:

sämtlich: André Wagenzik

Druck:

Schöne Drucksachen,
Bessemerstraße 76a
12103 Berlin
www.schoene-drucksachen.eu

Stand August 2019

ISSN 1614-5305

Die Inhalte sind urheberrechtlich geschützt.
Unerlaubte Vervielfältigung ist nicht gestattet.